Psychopathologische Symptomatik und demographische Merkmale von 917 Patienten mit endogenen Psychosen

Herbert Engelhardt

Diss
München
1983

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. H. Hippius

Psychopathologische Symptomatik und demographische Merkmale von 917 Patienten mit endogenen Psychosen

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

an der Ludwig Maximilians-Universität in München

vorgelegt von

Herbert Engelhardt

Pfaffenhofen a.d. Ilm

1984

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H. Hippius

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 20.11.1984

DISSERTATIONS - UND FOTODRUCK FRANK GmbH
8000 München 2, Gabelsbergerstraße 15, Tel. 2809090

Meinen Eltern
in Dankbarkeit gewidmet

Inhaltsverzeichnis

Thema: Psychopathologische Symptomatik und demographische Merkmale von 917 Patienten mit endogenen Psychosen

1. Einleitung: Die Bedeutung der Diagnose in der Psychiatrie

1.1 Gründe für die Notwendigkeit der Klassifikation von psychiatrischen Krankheiten

1.2 Die Zuverlässigkeit und die Gültigkeit einer Diagnose

1.3 Mögliche Grundlagen für die Klassifikation der psychiatrischen Krankheiten

1.4 Umfassende Konzepte psychischen Krankseins. Folgerungen für die Klassifikation

1.5 Diagnostische Ansätze und Techniken zur Erfassung des Patientenverhaltens mit dem Ziel einer Klassifikation der psychiatrischen Krankheiten

1.6 Einführung von Verfahrensrichtlinien in den diagnostischen Prozeß zur Optimierung der psychiatrischen Diagnose

1.7 Schlußbemerkung

2. Material, Methodik und Fragestellung

2.1 Beschreibung der Daten

2.2 Methodik

2.3 Fragestellung

3. Darstellung der Ergebnisse

3.1 Untersuchung der Grundgesamtheit: 917 Patienten mit nichtorganischen Psychosen

.1.1 Geschlechtsverteilung
.1.2 Altersverteilung
.1.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik
.1.4 Diagnosen
.1.4.1 Übersicht
.1.4.2 Unterschiede in der Verteilung der Diagnosen bei verschiedenen Altersgruppen
.1.5 Symptomatik der nichtorganischen Psychosen

3.2 Untersuchung von Diagnosegruppen

.2.1 Diagnosegruppe 1: Hebephrene Schizophrenie
.2.1.1 Geschlechtsverteilung
.2.1.2 Altersverteilung
.2.1.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik
.2.1.4 Symptomatik

.2.2 Diagnosegruppe 2: Katatone Schizophrenie
.2.2.1 Geschlechtsverteilung
.2.2.2 Altersverteilung
.2.2.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik
.2.2.4 Symptomatik

.2.3 Diagnosegruppe 3: Paranoide Schizophrenie
.2.3.1 Geschlechtsverteilung
.2.3.2 Altersverteilung
.2.3.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik
.2.3.4 Symptomatik

.2.4 Diagnosegruppe 4: Akute schizophrene Episode
.2.4.1 Geschlechtsverteilung
.2.4.2 Altersverteilung
.2.4.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik
.2.4.4 Symptomatik

3.2.5 Diagnosegruppe 5: Schizophrene Rest- und Defektzustände

.2.5.1 Geschlechtsverteilung

.2.5.2 Altersverteilung

.2.5.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik

.2.5.4 Symptomatik

.2.6 Diagnosegruppe 6: Schizoaffektive Psychose

.2.6.1 Geschlechtsverteilung

.2.6.2 Altersverteilung

.2.6.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik

.2.6.4 Symptomatik

.2.7 Diagnosegruppe 7: Depressive affektive Psychosen

.2.7.1 Geschlechtsverteilung

.2.7.2 Altersverteilung

.2.7.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik

.2.7.4 Symptomatik

.2.8 Diagnosegruppe 8: Manie

.2.8.1 Geschlechtsverteilung

.2.8.2 Altersverteilung

.2.8.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik

.2.8.4 Symptomatik

.2.9 Diagnosegruppe 9: Zyklothymie

.2.9.1 Geschlechtsverteilung

.2.9.2 Altersverteilung

.2.9.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik

.2.9.4 Symptomatik

.2.10 Diagnosegruppe 10: Paranoide Syndrome

.2.10.1 Geschlechtsverteilung

.2.10.2 Altersverteilung

.2.10.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik

.2.10.4 Symptomatik

3.2.11 Diagnosegruppe 11: Andere nichtorganische Psychosen
.2.11.1 Geschlechtsverteilung
.2.11.2 Altersverteilung
.2.11.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik
.2.11.4 Symptomatik

4. Diskussion: Die Bedeutung der Symptomatik für die Klassifikation der nichtorganischen Psychosen

4.1 Einführung

4.2 Diskussion der Ergebnisse

4.2.1 Vergleichende Untersuchungen über das Auftreten von psychischen und somatischen Störungen bei nichtorganischen Psychosen
4.2.1.1 Psychischer Befund
4.2.1.2 Somatischer Befund
4.2.2 Überblick über Möglichkeiten zur Differenzierung der nichtorganischen Psychosen anhand der erfaßten Symptomatik
4.2.2.1 Abgrenzung von schizophrenen Psychosen, affektiven Psychosen, paranoiden Syndromen und anderen (reaktiven) nichtorganischen Psychosen
4.2.2.2 Abgrenzung der einzelnen Diagnosegruppen

4.3 Schlußfolgerungen

4.4 Abschließende Betrachtungen

5. Zusammenfassung

6. Tabellarischer Anhang
6.1 Übersicht über den tabellarischen Anhang
6.2 Tabellen und Abbildungen

7. Literaturverzeichnis

Teil 1

E I N L E I T U N G :

Die Bedeutung der Diagnose in der Psychiatrie

1. Einleitung

Die Bedeutung der Diagnose in der Psychiatrie

Das Problem der Klassifikation von Krankheiten entsteht dadurch, daß der Untersucher gezwungen ist, der Einzigartigkeit jedes Patienten und seiner Krankheit gerecht zu werden und gleichzeitig eine zutreffende diagnostische Kategorie zu finden. Insbesondere gilt dies für die psychiatrischen Krankheiten. Der Grundgedanke aller Klassifikationsbestrebungen ist der, daß Populationen von Patienten existieren, deren Mitglieder mindestens so viele Kennzeichen gemeinsam haben, daß sie sich als Gruppe von der Gesamtzahl der Patienten abtrennen lassen. Wäre dies nicht der Fall, dann müßte man annehmen, daß die Patienten und ihre Erkrankungen entweder ausnahmslos einzigartig sind oder sich aber so gleichen, daß keine Differenzierungsmöglichkeiten bestehen. Beide Annahmen schließen eine Klassifikation von vornherein aus. Träfe die erste Annahme zu und wäre jeder Patient und jede Erkrankung vollkommen verschiedenartig, dann wäre ein Großteil der Erfahrungen in der Psychiatrie einschließlich der Erfahrung jedes einzelnen Psychiaters mehr oder weniger wertlos, weil man dann die bei einem Patienten gewonnenen Erkenntnisse nicht auf andere Patienten übertragen könnte. Der Erfolg jeglicher Therapie wäre dann nur schwer überprüfbar und nicht vergleichbar. Träfe die zweite Annahme zu und bestünden keine Möglichkeiten zur Differenzierung der Patienten und ihrer Krankheiten, dann wäre die Behandlung nur auf einheitliche Weise durchführbar. Selbst die Unterscheidung, welche Patienten einer Therapie bedürfen und welche nicht, wäre unter dieser Voraussetzung nicht durchführbar.
Das Ziel aller klassifikatorischen Bemühungen besteht somit darin, Gruppen von Patienten zu finden, die gemeinsame Merkmale aufweisen und dadurch von anderen Patienten unterschieden werden können. Der Wissenschaftstheoretiker Hempel (9) be-

schäftigte sich ausführlich mit Fragen der wissenschaftlichen Klassifikation. Ein Klassifikationssystem zerlegt eine Gruppe von Objekten unter Zuhilfenahme charakteristischer Merkmale in disjunkte Klassen. Das Erkennen der charakteristischen Merkmale beim einzelnen Patienten stellt in Anbetracht der Symptomenvielfalt bei psychiatrischen Erkrankungen eine schwierige Aufgabe dar. Ohne die Bildung von diagnostischen Gruppen ist eine Klassifikation allerdings nicht durchführbar. Als Grundlage für die psychiatrische Diagnose dient eine möglichst große Zahl von Merkmalen, die die Patienten jeder diagnostischen Gruppe gemeinsam haben.

Natürlich darf der Arzt neben seinen diagnostischen Bemühungen die individuellen Besonderheiten jedes einzelnen Patienten nicht aus den Augen verlieren. Um eine individuell abgestimmte Therapie durchführen zu können, ist nach wie vor neben der Diagnosestellung die Erfassung eines breiten Spektrums personenspezifischer Daten einschließlich der psychiatrischen Anamnese erforderlich.
Bei dieser Darstellung der Bedeutung der Diagnostik für die Psychiatrie haben wir uns an den Ausführungen Kendells (12) orientiert.

1.1. Gründe für die Notwendigkeit der Klassifikation von psychiatrischen Krankheiten

Die Notwendigkeit für eine Klassifikation bzw. eine diagnostische Nomenklatur entsteht aus folgenden Überlegungen:

a) Der kommunikative Wert der Diagnose in der psychiatrischen Forschung.
   Nach Jaspers (10) dient die Einteilung in Diagnosen dem Ordnen des Materials, als Basis für vergleichbare Veröffentlichungen und Beweisführungen in der Psychiatrie, als Basis für die Reproduzierbarkeit von Ergebnissen,

als Basis für statistische Untersuchungen mit größeren Patientenzahlen und als Basis für Reflektionen darüber, welche Fortschritte die Vorstellung von der Existenz spezifischer Krankheitseinheiten für den Umgang mit den existierenden psychiatrischen Erkrankungen ergeben hat und insbesondere darüber, wo diese Vorstellung versagt hat.

b) Klinische Erwartungen an die Diagnose
Von einer Diagnose erwartet der Kliniker, daß die Diagnose eine optimale Aussagekraft bezüglich der Ätiologie und der Prognose der Krankheit besitzt und daß sie Aussagen über die beste Therapiewahl gestattet.

1.2 Die Zuverlässigkeit und die Gültigkeit einer Diagnose

Hempel (9) hat den Begriff "Diagnose" sinngemäß so definiert: Diagnosen sind Subklassen, die durch eine Klassifikation der Mitglieder einer gegebenen Population entstanden sind. Die Individuen, die einer bestimmten Subklasse angehören, zeichnen sich durch bestimmte Charakteristika aus, die sie alle und sie alleine gemeinsam haben. Jede Subklasse ist definiert durch ein Konzept, daß die komplexen Charakteristika wiedergibt, die für eine Zugehörigkeit zu dieser Subklasse Voraussetzung sind. Diese Konzepte können sowohl aus einer reinen Beschreibung der Patientencharakteristika bestehen, als auch verschiedene Implikationen, z.B. ätiologische, prognostische oder therapeutische, beinhalten.

Welche Anforderungen müssen an eine Diagnose gestellt werden, damit sie die in sie gesetzten Erwartungen erfüllen kann ? Hierzu zählen zum einen die Zuverlässigkeit (engl. reliability) und zum anderen die Gültigkeit (validity) der Diagnose. Die Zuverlässigkeit , anders ausgedrückt: die Verläßlichkeit der Diagnose, wird im wesentlichen durch folgende Kriterien erfüllt:

a) Wenn verschiedene Untersucher eines Patienten zur gleichen diagnostischen Entscheidung kommen

b) Wenn die Diagnose eine Konstanz über die Zeit aufweist, d.h. wenn die anfänglich gestellte Diagnose und später gestellte Diagnosen übereinstimmen (engl. consistency)

c) Wenn in Untersuchungen mit vergleichbaren Stichproben, bei denen die Proportion der verschiedenen Diagnosen übereinstimmt, verschiedene Untersucher in hohem Maße zu gleichen Ergebnissen kommen (engl. frequency agreement).

Der Gültigkeit (Validität) einer Diagnose liegt die Frage zugrunde: Wie gut beschreibt eine Diagnose das, was sie zu beschreiben beabsichtigt ?

Zubin (34) unterscheidet vier Formen von Validität, engl. concurrent validity, predictive validity, construct validity und content validity, wobei er der predictive validity und der construct validity die größte Bedeutung beimißt.

Die p r e d i c t i v e v a l i d i t y einer Diagnose bildet ein Maß für ihre prognostische Aussagekraft. Ist sie groß, dann sind anhand einer gestellten Diagnose Aussagen über den Krankheitsverlauf und -ausgang zulässig. Auch können dann Antworten auf die folgenden Fragen gegeben werden: Bei welcher Therapiewahl wird der bestmögliche Therapieerfolg erzielt ? Welche andere Merkmale und Verhaltensweisen neben den bereits festgestellten Merkmalen können bei einem Patienten anhand der Diagnose vorausgesehen bzw. erwartet werden ?

Die c o n s t r u c t v a l i d i t y meint den Grad der Gemeinsamkeiten der Patienten einer diagnostischen Gruppe, z.B. bezüglich Gemeinsamkeiten in der Ätiologie oder der Psychopathologie. Ein Ansatzpunkt für Untersuchungen auf dem Gebiet der construct validity ist der, ob bestimmte meßbare Phänomene der Psychopathologie bei solchen Patienten auftreten, deren Diagnosen auf der Präsenz dieser Phänomene beruhen.

Die c o n c u r r e n t v a l i d i t y ist gegeben, wenn diagnostische Ansätze, die mit dem klinischen Interview

konkurrieren, zu ähnlichen oder gleichen Diagnosen führen. Zu den konkurrierenden Verfahren zählen beispielsweise projektive Verfahren oder die self-reporting-Techniken (z.B. MMPI - Minnesota Multiphasic Personality Inventory).
Die c o n t e n t v a l i d i t y einer Diagnose ist erfüllt, wenn die postulierten Kennzeichen einer Diagnose bei den Patienten mit dieser Diagnose tatsächlich vorliegen.

J. Zubin (34) hat 1967 in einem Rückblick alle wichtigen Veröffentlichungen über klinische Untersuchungen zur Zuverlässigkeit und Gültigkeit der psychiatrischen Diagnosen bis zu jenem Zeitpunkt zusammengestellt. Er stellte fest, daß diese Untersuchungen hinsichtlich der Zuverlässigkeit der Diagnosen sehr unterschiedliche Ergebnisse erbrachten. Studien zur concurrent validity (23, 31) zeigten eine sehr geringe Übereinstimmung der Ergebnisse von klinischem Interview und anderen diagnostischen Verfahren auf. Studien zur predictive validity untersuchten beispielsweise die Abhängigkeit von Diagnosen und Krankheitsverläufen (8, 13, 17, 20, 30). Diese Studien ergaben für bestimmte Krankheitsbilder bzw. Diagnosen eine übereinstimmend hohe Rate an gutartigen Verläufen, während für andere Diagnosen kein einheitliches Bild gefunden werden konnte. Studien zur construct validity offenbarten beispielsweise meßbare Unterschiede in der Affektivität von schizophrenen und sogenannten normalen Individuen (18).
Zubin kommt in seiner Veröffentlichung zu dem Ergebnis, daß die Validität der Diagnose im gegenwärtigen diagnostischen System trotz einiger vielversprechender Ansätze den größten Schwachpunkt darstellt. In einem neueren Artikel aus dem Jahre 1977 (38) kommt er zu der Ansicht, daß durch die neueren diagnostischen Techniken ein hoher Grad an Zuverlässigkeit und Objektivität bei der Beschreibung der Patientencharakteristika erreicht worden ist. Es gelte jedoch nach wie vor, die Validität der Diagnose zu verbessern.

1.3 Mögliche Grundlagen für die Klassifikation der psychiatrischen Krankheiten

Was bietet sich als Grundlage für die Klassifikation der psychiatrischen Krankheiten an ?
Welche Gemeinsamkeiten von Patienten müssen bestehen, damit sie eine gültige diagnostische Kategorie bilden können, damit also die construct validity erfüllt ist ?
Ein Seitenblick auf die somatische Medizin zeigt, daß dort kein einheitliches Konzept für die Klassifikation existiert. Als Grundlage für die Einordnung der somatischen Krankheitsbilder werden u.a. herangezogen: Symptome, Syndrome, morphologische und physiologische Anomalien, bakterielle und andere äußere Agenzien, biochemische Defekte, genetische und ultrastrukturelle Anomalien. Historisch betrachtet wurde mit jeder neuen Entdeckung auf dem Gebiet der somatischen Medizin ein neues nosologisches Konzept geboren, das man zu den bestehenden hinzufügte. Ein Klärungsprozeß fand durch die neuen Erkenntnisse nicht statt.

In der Psychiatrie stellt die Ätiologie der Krankheiten ein denkbares Konzept für die Klassifikation dar. Jedoch ist festzustellen, daß für die überwiegende Zahl der psychiatrischen Krankheiten die ätiologische Erklärung fehlt. Zudem zeigt die Vergangenheit, daß in den Fällen, in denen die Ätiologie einer Störung gefunden werden konnte, die Krankheiten von anderen medizinischen Disziplinen aufgegriffen und in deren Klassifikationssystem eingereiht wurden (Beispiele: Pellagra, progressive Paralyse).
Die Suche nach der Ätiologie bedeutet einerseits die Suche nach Gruppen von kausalen Faktoren, die für die Symptomatik ursächlich sind, und andererseits die Suche nach den Krankheiten bzw. Diagnosen, die mit diesen Ursachen assoziiert sind. Die Vielzahl von wissenschaftlichen Modellvorstellungen zur Ätiologie hat Zubin 1972 zu sechs Modellen zusammengefaßt (35). Aus jedem Modell können Folgerungen für die Klassifi-

kation gezogen werden. Zubin unterscheidet ein ökologisches Ätiologiemodell, ein Erziehungs- und Entwicklungsmodell, ein Lernmodell, ein genetisches Modell, ein Modell auf der Grundlage des inneren Milieus (engl. internal environment) und ein neurophysiologisches Modell. Würde man beispielsweise das genetische Modell als Grundlage für die Klassifikation wählen, dann wäre das diagnostische System am gültigsten, das für die schizophrenen Psychosen die höchsten Vererbungsraten zeigt. Ähnliche Folgerungen könnten auch aus den anderen ätiologischen Modellen gezogen werden.

1976 hat Zubin diese Modelle zu einem übergeordneten ätiologischen Konzept zusammengefaßt (37). Er ging dabei von einer Interaktion der ätiologischen Faktoren aus und bezeichnete die Summe der Effekte aller ätiologischer Faktoren als Vulnerabilität eines Individuums. Das aus diesem Modell resultierende Krankheitsverständnis soll später im Text betrachtet werden. An dieser Stelle sei vorweggenommen, daß im Rahmen dieses Konzepts sämtliche ätiologischen Modelle sogenannte Marker liefern, die dazu beitragen, daß ein vulnerables Individuum identifiziert werden kann.
Für die Zukunft bleibt nach Ansicht Zubins (37) wünschenswert, daß auch weiterhin wissenschaftliche Ätiologiemodelle entwickelt und weiterentwickelt werden, solange man die wirklichen Ursachen der psychiatrischen Krankheiten und damit auch die Ursachen für die Wirksamkeit oder Unwirksamkeit der Behandlung nicht kennt. In diesem wissenschaftlichen Bestreben muß von "as if" - Ätiologien ausgegangen werden. Die sich daraus ergebenden Hypothesen müssen weiterentwickelt und überprüft werden.

Eine weitere denkbare Basis für die Klassifikation von psychischen Störungen ist das Patientenverhalten. Als Verhaltensstörung verstehen wir jene Verhaltensformen, die von den erwarteten sozio-kulturellen Normen abweichen und die

sich nachteilig entweder für die Person oder für die Gesellschaft oder für beide auswirken (34). Will man das Verhalten von Patienten zur Grundlage der Klassifikation machen, muß man bedenken, daß das Verhalten eines Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung mehrere theoretische Komponenten widerspiegelt: Erstens eine "fokale" Störung, also eine krankheitsspezifische Komponente, zweitens die prämorbide Persönlichkeit und drittens die Interaktion beider Komponenten (32). Entscheidend für eine Klassifikation auf der Basis der Psychopathologie ist die Frage, ob die Psychopathologie eines Patienten mit seiner prämorbiden Persönlichkeit identisch ist -wie Freud es gesehen haben mag- oder,ob eine "fokale" Störung von der prämorbiden Persönlichkeit abgetrennt werden kann und unabhängig davon existiert (i.S. Kraeppelins). Der letzteren Möglichkeit steht der Gedanke nahe, daß eine Interaktion von prämorbider Persönlichkeit und fokaler Störung besteht (i.S. A. Meyers).

Nimmt man an, das Verhalten des Patienten und damit sein Kranksein wäre identisch mit seiner prämorbiden Persönlichkeit, dann hätte man als Grundlage für die Klassifikation seiner Erkrankung und damit für die Diagnosestellung nur die Persönlichkeitsstruktur und die darin zum Ausdruck kommenden ätiologischen Faktoren zur Verfügung. Diese sind, wie oben erläutert, derzeit noch keine objektiv faßbaren Kriterien für eine Klassifikation.

Im umgekehrten Fall, wenn eine fokale Störung unabhängig von der prämorbiden Persönlichkeit existieren würde, sollte es möglich sein, diese fokalen Störungen anhand bestimmter Patientenmerkmale (Symptome) zu erkennen, sie bei ähnlich betroffenen Patienten wiederzuerkennen und damit die Basis für eine Klassifikation zu schaffen. An dieser Stelle sei angemerkt, daß nach Ansicht J. Zubins mit der Entwicklung des DSM - III (28) (siehe unten) neuerdings die Voraussetzungen geschaffen sind, "that putative etiology is kept out of the diagnosis" (38).

Zubin weist außerdem auf Untersuchungen in Lund/Schweden hin, die zeigen konnten, daß das Auftreten von Geistesstörungen nicht mit der prämorbiden Persönlichkeit korreliert. Hingegen werde eine aufgetretene Geistesstörung in ihrem Erscheinungsbild von der prämorbiden Persönlichkeit "gefärbt" (38).

Als Grundlage für die Klassifikation der psychiatrischen Krankheiten könnte grundsätzlich der Verlauf und der Ausgang der Erkrankungen dienen. So könnte beispielsweise unterschieden werden zwischen solchen Krankheiten, die zu bestimmten Defektzuständen führen, und solchen, die zur Restitution führen.
Schließlich ist verschiedentlich vorgeschlagen worden, ein ähnliches Ansprechen von Patienten auf die Therapie zur Grundlage der Klassifikation zu machen (24). Dieser Gedanke entstand erstmals mit der Einführung der somatischen Therapieformen (Elektroschocktherapie) in den dreißiger und vierziger Jahren, als sich zeigte, daß diese Therapieformen nicht bei allen Patienten in gleicher Weise wirkten. Mit der Einführung der medikamentösen Therapie erschien der Gedanke einer therapieorientierten Klassifikation noch naheliegender. Gegen eine derartig aufgebaute Klassifikation spricht, daß der rasche Wechsel des therapeutischen Instrumentariums eine solche Klassifikation ständig revidierungsbedürftig machen würde und keine Konstanz zu erreichen wäre. Trotz dieser Einwände wurde seit dem Beginn der medikamentösen Ära wiederholt versucht, Subtypen zu finden, die eine ähnliche Reaktion auf bestimmte Medikamente zeigen. Daraus entstand die Forderung, zum Zwecke der Typisierung geeignete Profile von gemeinsamen Merkmalen zu erstellen. Die Ergebnisse dieser Arbeiten konnten nicht befriedigen, da sie -weil rein empirisch gewonnen- meist nicht reproduzierbar waren. Die blinde empirische Forschung

nach Subtypen war vergeblich, solange ihr keine überprüfbare Hypothese zugrundelag (17).

1.4 Umfassende Konzepte psychischen Krankseins. Folgerungen für die Klassifikation.

Bisher konnten als mögliche Grundlagen für die Klassifikation einerseits verschiedene Ätiologiemodelle, andererseits das beobachtbare Patientenverhalten bzw. die Psychopathologie und das Ansprechen auf die Therapie genannt werden. Es hat sich gezeigt, daß die gegenwärtigen Ätiologiemodelle kaum dazu in der Lage sind, Brücken zur Psychopathologie zu schlagen. Solange aber keine geeigneten Vorstellungen existieren, die eine Verbindung zwischen der Ätiologie und der Psychopathologie der Erkrankungen herstellen können, müssen wir uns mit deskriptiven Modellen ohne weiterreichende ätiologische Aussagekraft als Grundlage für die Klassifikation zufriedengeben.

K. Jaspers (10) hat die klassifikatorischen Bemühungen seiner Zeit zu einem umfassenden Konzept psychiatrischen Krankseins zusammengefaßt und diese Überlegungen in seinem Buch "Allgemeine Psychopathologie" (1913) (10) zusammengefaßt. Jaspers unterscheidet drei Konzepte von psychischem Kranksein (Krankheitseinheiten), denen er verschiedene diagnostische Kategorien zuordnet.
Der erste Typ psychischen Krankseins beinhaltet als essentiellen Bestandteil einen somatischen Prozeß. Zu dieser Kategorie zählen sämtliche organisch bedingten psychischen Störungen. In diesen Fällen ist die Ätiologie bekannt und damit die ideale Voraussetzung für eine gültige Krankheitseinheit geschaffen. Die Behandlung von Krankheiten mit organischer Genese erfolgt zunehmend durch andere medizinische Disziplinen und nicht mehr durch die Psychiatrie. Die Klassifikation dieser Krankheiten ist auf sinnvolle, ätiologisch fundierte Weise möglich. Ein in Frage kommender

Fall gehört einer Diagnosegruppe entweder an oder nicht an.
Ein zweites Konzept von psychischem Kranksein baut vollständig auf die psychischen Veränderungen des Individuums auf. Dahinter steht die Frage: Welche neuen Elemente -im Kontrast zum Gesunden- liegen bei einem Patienten vor ? Zur Beantwortung dieser Frage ist ein theoretisches Konzept erforderlich.
Zu den Erkrankungen, auf die dieses Konzept angewendet werden kann, zählt Jaspers die Schizophrenie, die manisch-depressive Psychose und auch die Epilepsie. Die Patienten dieser diagnostischen Gruppen stellen den Großteil der hospitalisierten Patienten dar. Die Klassifikation der hier besprochenen, rein durch die Psychopathologie definierten Störungen, erfolgt in der Mehrzahl der Fälle auf der Grundlage eines Konsens der psychiatrischen Zeitströmungen. Allein auf dieser Basis entstanden, läßt die Diagnose hier einen spezifischen, alternativen Charakter vermissen. In einem unklaren Fall erübrigt sich im Grunde eine differentialdiagnostische Diskussion. Ein Fall aus dieser Gruppe von Störungen wird somit einer bestimmten Unterklasse zugeordnet, obwohl die definitiven Ursachen und die Natur der Störung unbekannt sind. Man bleibt angewiesen auf die Feststellung von unterschiedlichen psychopathologischen Mustern (Typen).
Eine dritte Art von psychischem Kranksein stellen die Extremvarianten des sogenannten normalen Verhaltens dar. Die Krankheit bringt in diesen Fällen nicht prinzipiell Neues. Zu dieser Gruppe von Krankheiten zählt Jaspers die Persönlichkeitsstörungen. Man findet sie hauptsächlich im ambulanten Patientengut. Ihre Psychopathologie ist am wenigsten zuverlässig differenzierbar und klassifizierbar, da keine abrupten Diskontinuitäten gegenüber dem sogenannten Normalen auftreten. Eine aus-

sagekräftige diagnostische Einordnung ist in diesen Fällen nicht möglich, abgesehen von der Möglichkeit, eine große Zahl von Typen zu bilden. Einzelne Fälle können je nach dem Blickwinkel des Untersuchers verschiedenen Typen angehören.
Jaspers geht von einem diagnostischen Konzept aus, das auf der Annahme von Krankheitseinheiten beruht. Die Grenzen zwischen den Krankheitseinheiten müssen dort gezogen werden, wo im Grunde keine Grenzen existieren. Seine Einteilung ist deshalb nur von provisorischem Wert. Eine natürliches Schema, das auf jeden Fall abgestimmt ist, existiert nicht.

J. Zubin (37) liefert mit seinem 1976 entstandenen V u l n e r a b i l i t ä t s - M o d e l l ein umfassendes ätiologisches Konzept psychischen Krankseins, mit dem er die bereits dargestellten Ätiologiemodelle zu integrieren versucht. Er betrachtet den Patienten als ein sogenanntes vulnerables Individuum. Die Vulnerabilität ist Ausdruck und Folge einer Vielfalt von ätiologischen Faktoren. Ist ein vulnerables Individuum einer Stresssituation genügenden Ausmaßes ausgesetzt, entwickelt sich eine Krise. Bei geringer Vulnerabilität bildet sich diese Krise bald zurück. Ist die Vulnerabilität aber groß, dann entwickelt sich aus einer Krise eine zeitlich begrenzte episodenhafte Störung, die nach der Überwindung der Stresssituation wieder verschwindet. Nur die vulnerable Persönlichkeit persistiert nach der Episode. Um die Entstehung solcher Episoden verhindern zu können, müßten nach Ansicht Zubins (38) zwei Arten von Markern gefunden werden: Erstens solche, die ein vulnerables Individuum identifizieren, und zweitens solche, die den Beginn und das Ende einer Episode kennzeichnen. Zubin hofft, auf diese Weise zukünftig eine präventive Intervention bei drohenden Episoden durchführen zu können.

1.5 Diagnostische Ansätze und Techniken zur Erfassung des Patientenverhaltens mit dem Ziel einer Klassifikation der psychiatrischen Krankheiten

Der k l i n i s c h - t y p o l o g i s c h e Ansatz beruht lt. Zubin (34) auf dem Konzept, wonach spezifische Einheiten psychisch-geistiger Störungen existieren. Die Patienten einer bestimmten Kategorie haben bestimmte Charakteristika gemeinsam, die sie nicht mit den anderen Kategorien teilen. Es wird eine D i s k o n t i n u i t ä t in den Charakteristika der Patienten einer diagnostischen Gruppe postuliert. Diese Diskontinuität kann durch ein Charakteristikum (z.B. das Auftreten von Halluzinationen) oder durch die Beziehung von mehreren Charakteristika gegeben sein (z.B. durch eine Kombination, ein Muster oder einen bestimmten Grad von Denkstörungen). Kraeppelin zufolge ist eine diagnostische Kategorie durch spezifische empirische Syndrome von beobachtbarem Patientenverhalten charakterisiert (15). In diesem Zusammenhang ist die Frage wichtig, ob die postulierten Diskontinuitäten als Bestandteil des Patientenverhaltens verstanden werden können, oder ob sie auf das Untersucherverhalten oder auf gesellschaftlichen Normen zurückgehen. Sind die Diskontinuitäten im Verhalten des Patienten zu finden, dann ist die Hoffnung berechtigt, daß statistische Methoden für die Bildung von nicht überlappenden diagnostischen Kategorien (Monovarianten oder Multivarianten) gefunden werden können. Falls jedoch die Diskontinuität im Untersucherverhalten begründet ist, dann entsteht eine Abhängigkeit der diagnostischen Ergebnisse sowohl von der sozio-kulturellen Herkunft des Patienten als auch von der Ausbildung des Untersuchers.

Auf der Suche nach Subtypen im Rahmen des klinisch-typologischen Ansatzes wurde schon frühzeitig die Faktorenanalyse als mathematisches Modell eingesetzt (16),

was aber zu falschen Ergebnissen führen mußte. Der Grund hierfür liegt darin, daß der typologische Ansatz Annahmen macht, die eine Faktorenanalyse verbieten. Dazu zählt die nichtlineare Beziehung zwischen den Variablen, aus der eine diskontinuierliche Nicht- Normalverteilung resultiert. Folglich muß auf der Suche nach Subtypen beachtet werden, daß die Annahmen, auf denen eine Typisierung beruht, stets kompatibel mit den verwandten Techniken sind (38).
Eine Modifikation des klinisch-typologischen Ansatzes stellt der sogenannte konfigurale Ansatz (14) dar, der aussagt, daß nicht notwendigerweise sämtliche Elemente eines Syndroms vorliegen müssen, um einen Patienten einer bestimmten diagnostischen Kategorie zuordnen zu können. Die Diagnose ist hiernach primär nicht eine Frage des Vorliegens oder Fehlens einer festgelegten Zahl von Symptomen, die eine bestimmte Störung kennzeichnen, sondern eine Frage der Einstufung dieser Symptome auf einem Kontinuum von Intensitäten. Auf diese Weise unterteilte Sheldon die Kategorien Kretschmars in Unterklassen. Die Unterklassen konnten auf der Grundlage von drei verschiedenen Dimensionen (Ektomorphie, Mesomorphie, Endomorphie) determiniert werden.
Der konfigurale Ansatzpunkt führt hin auf den dimensionalen diagnostischen Ansatz, der im folgenden skizziert werden soll.

Der d i m e n s i o n a l e A n s a t z zur Erfassung der Psychopathologie von Patienten und zur Klassifikation der psychischen Störungen geht von folgenden Überlegungen aus: Wenn zwei Kategorien von Patienten differenziert werden sollen, dann benötigt man dazu ein Muster bzw. ein Syndrom von Charakteristika (Dimensionen) als Grundlage für die Klassifikation. Beschränkt man sich der Klarheit halber auf drei Dimensionen, dann kann man die Bevölkerung lückenlos auf diese dreidimensionale "Oberfläche"

verteilen. Dann wird es aber schwierig sein, natürliche Grenzen für die Unterteilung in Untergruppen zu finden. Falls jedoch gewisse Verbindungen existieren würden, dann könnten anhand von Merkmalspaaren Gruppen von Individuen gebildet und Untergruppen zugeordnet werden. Sogar für den Fall, daß keine natürliche Aufteilung in Dimensionen existieren würde, könnten Unterteilungen aufgrund gewisser Grenzen gefunden werden - auch ohne dreidimensionale Raumvorstellung. Schließlich könnten auch qualitative Charakteristika als Grundlage für die Unterteilung dienen (z.B. die Kombination von Halluzinationen und Wahn). Welche dieser Möglichkeiten die Verteilung der psychisch-geistigen Störungen wirklich charakterisiert, ist schwierig zu entscheiden. Aber auch hier zeigt sich, daß die Definitionen von diagnostischen Kategorien solange verschwommen bleiben werden, solange keine sicheren Grenzen zwischen den Untergruppen gezogen werden können (38).

Ein erster Versuch, den dimensionalen Ansatz in der Diagnostik einzusetzen,erfolgte durch Father Moore (16), der 1933 die Faktorenanalyse in die Symptomatologie einführte.

Lorr e.a. (15) veröffentlichten 1963 einen Überblick über die in der Zwischenzeit erschienenen Arbeiten über das dimensionale Vorgehen bei der Diagnosefindung. Lorr unternahm selbst den erfolgreichen Versuch, auf faktorenanalytischem Wege die vielfältigen Begriffsskalen,mit denen der klinische Untersucher das Patientenverhalten üblicherweise ausdrückt, auf umfassendere Dimensionen zu reduzieren. Hierzu verwendete er 75 Begriffsskalen aus der klinischen Praxis, die er auf zehn erstrangige Faktoren, sogenannte Syndrome, und drei zweitrangige Faktoren reduzierte.

Aus den zehn erstrangigen Faktoren entstanden nach gewissen Umwandlungen mittels psychometrischer Verfahren Profile aus zehn Elementen. Diese erfaßten ein breites Spektrum der

nicht-irrtumsbedingten Varianz in der Manifestation von Symptomen. Die Profile stellten die Symptomatik in einer Weise dar, die der quantitativen Analyse zugänglich war. Durch Verfahren mit vielen Varianten entstanden aus Profilen exklusive Untergruppen, sogenannte Typen. Jeder dieser Typen konnte mittels zehn syndromartiger Elemente beschrieben werden. Auf dieses Schema aufbauend wurden weitere Verfahren entwickelt, die mit minimaler Irrtumswahrscheinlichkeit für die Klassifikation eingesetzt werden können. Beispielsweise unterwarf Lorr seine Daten einer Funktionenanalyse mit mehreren Diskriminanten, um die Zahl und die Natur seiner zusammengesetzten Dimensionen (engl. canonical variates) zu bestimmen. Diese unterschieden sich, wie sich zeigte, bei den verschiedenen Typen signifikant.
Zubin (34) weist darauf hin, daß sich ein solches System in seiner endgültigen Form trotz aller Exaktheit als Versager erweisen könnte, nämlich dann, wenn die beobachtbaren Symptome nur "Epiphänomene" darstellen und nur in entfernter Beziehung zur eigentlichen Essenz der Psychopathologie, zur Ätiologie, zum Verlauf und zum Ausgang eines Krankheitsgeschehens stehen.

Eine neuere Entwicklung in der klinischen Diagnostik, die zur Dimensionalisierung der Diagnose beiträgt, sind die s y s t e m a t i s c h s t r u k t u r i e r t e n I n t e r v i e w s. Ihr Ziel ist die systematische Informationsgewinnung.
Eine der ersten Methoden stellte der Mental Status Schedule nach Spitzer e.a. (21) aus dem Jahre 1964 dar. Hierbei waren die Fragen an den Patienten in einer festgelegten Reihenfolge geordnet. Außerdem wurden Anweisungen für die Codierung der Antworten vorgegeben. Aus Modifikationen dieses Verfahrens entstanden drei Typen von systematisch strukturierten Interviews, engl. non-probing, medium-probing und deep-probing interviews. Zu den non-probing

interviews zählt das Structured Clinical Interview (SCI) nach Burdock und Hardesty (3), zu den medium-probing der Mental Status Schedule (MSS) und der Psychiatric Status Schedule (PSS) nach Spitzer e.a. (21, 22) und zu den deep-probing interviews die sogenannte Present-State-Examination (PSE) nach Wing e.a. (25).
Diese Techniken kamen in zwei großen internationalen Studien zur Anwendung: Zum einen im US-Diagnostic Projekt (4) aus dem Jahre 1972, zum anderen in der WHO Pilotstudie über die Schizophrenie 1973 (29). Im US-UK-Diagnostic Projekt Projekt wurden neu entwickelte strukturierte Interviewtechniken bei Patienten aus zwei verschiedenen Kontinenten angewandt, wobei man fand, daß die bestehenden Unterschiede in der Häufigkeit von Diagnosen weniger auf ein unterschiedlich häufiges Auftreten der Erkrankungen, sondern vielmehr auf unterschiedliche diagnostische Praktiken in beiden Ländern zurückzuführen waren. Die Pilotstudie der WHO über die Schizophrenie zeigte u.a. auf, daß einige Formen der Schizophrenie ubiquitär auftreten.
Weitere Methoden systematischer Art zur Erfassung der Psychopathologie von Patienten und zur Erfassung des diagnostischen Prozesses sind:

a) Der Einsatz von Computern, die den Entscheidungsprozeß des Klinikers zu simulieren vermögen und auf diesem Wege selbst zu diagnostischen Entscheidungen gelangen (26).
b) Die Anwendung mathematischer Methoden zur Aufteilung von Patienten mit unterschiedlicher Psychopathologie in homogene Untergruppen (7, 27).
c) Die verhaltensanalytische Erfassung und Beschreibung der Patientencharakteristika (11). Hierbei wird die Abhängigkeit von abweichendem Verhalten und den Umweltereignissen, die dieses Verhalten initiieren und unterhalten, berücksichtigt. Diese Methoden sind von besonderer Relevanz für die Verhaltenstherapie.

Durch die Fortentwicklung von Verfahren zur systematischen Informationsgewinnung könnte die Zuverlässigkeit der psychiatrischen Diagnose beträchtlich erhöht werden. Es gilt nun, auch die Validität der Diagnose zu verbessern. Als möglichen Ausgangspunkt dazu beschreibt Zubin 1966 den b i o m e t r i s c h e n Zugang zur Diagnose (33).

Er geht dabei von zwei Annahmen aus:

1. Die Diagnose und die Klassifikation der psychiatrischen Krankheiten sind nur dann wissenschaftlich haltbar, wenn eine objektive Messung des Patientenverhaltens möglich ist. Die Ergebnisse solcher Messungen müssen durch weitere Untersucher reproduzierbar sein.
2. Die Diagnose ist letztlich nur dann gültig, wenn in ihr die Ätiologie der Erkrankung zum Ausdruck kommt, da ohne die Ätiologie die Ergebnisse einer biometrischen Messung nur vorläufige, an den gegenwärtigen Umständen ausgerichtete Ergebnisse darstellen.

Die biometrische Verfahrensweise ist im Gegensatz zur klinischen unabhängig von der Vorstellung von der Existenz von Diskontinuitäten. Sie kann vielmehr sowohl mit kontinuierlichen/dimensionalisierten Phänomenen bzw. Varianten operieren als auch mit diskontinuierlichen. Damit die Vielfalt an biometrischen Daten von Nutzen sein kann, müssen die Daten zu einem System integriert werden. Akzeptiert man die gegenwärtig gebräuchlichen diagnostischen Gruppierungen -trotz ihrer immer noch geringen Zuverlässigkeit und Gültigkeit- als vorläufige Kategorien, dann können für die Patienten einer jeden diagnostischen Gruppe biometrische Profile erstellt werden. Aus Gruppen ähnlicher Profile können Subkategorien gebildet werden, welche die gewünschten homogeneren diagnostischen Untergruppen darstellen. Soweit zu dem biometrischen Ansatz Zubins aus dem Jahr 1966 (33). Zehn Jahre später, nachdem die oben aufgeführten systematisch strukturierten Interviews bereits

einer eingehenden praktischen Erprobung standgehalten hatten, faßte Zubin (38) den Stand der Forschung in der klinischen Diagnostik sinngemäß wie folgt zusammen: Wir können jetzt objektiv die Charakteristika von Patienten beschreiben, so daß eine Wiederholung von grundlegenden Forschungs- und Behandlungsergebnissen möglich ist. Darüberhinaus können wir zum Beispiel demonstrieren, daß die Schizophrenie in allen Kulturen und unter allen ökologischen Gegebenheiten anzutreffen ist. Jedoch beinhaltet die zuverlässige Beschreibung eines Syndroms kein Verständnis der zugrundeliegenden Ursachen.

Welche Verfahren stehen zur Erfassung der ätiologischen Faktoren einer psychiatrischen Erkrankung zur Verfügung ? Je nach ätiologischer Modellvorstellung schlägt Zubin (34) unterschiedliche Techniken vor:

a) Kulturabhängige Techniken zur Erfassung von sozio-kulturellen ätiologischen Faktoren
b) Kulturadaptierte Techniken zur Erfassung ätiologischer Faktoren auf dem Gebiet der geistig-seelischen Entwicklung und des Lernverhaltens
c) Kulturfreie Techniken zur Erfassung der genetischen, hirnphysiologischen und biochemischen ätiologischen Faktoren.

Mittels kulturabhängiger Techniken untersuchen wir das Patientenverhalten auf Abweichungen von den erwarteten sozio-kulturellen Normen. Die beste Technik hierzu stellen die systematisch strukturierten Interviews (siehe oben) dar, wenn man sie im Licht der örtlich unterschiedlichen Erwartungen interpretiert.
Kulturadaptierte Techniken sind darauf abgestellt, Abweichungen von bestimmten kulturübergreifenden Normvorstellungen aufzudecken (z.B. bezüglich des Begrüßungsverhaltens oder der Kommunikationsfähigkeit der Sprache).

Kulturfreie Techniken sind Verfahren, um Patientencharakteristika aufzufinden, die unabhängig vom kulturellen Milieu existieren (z.B. die Erholungszeit von evozierten Potentialen) (19).
Die mittels dieser Techniken gewonnenen Erkenntnisse über die Ätiologie der psychiatrischen Krankheiten sollten zu Modifikationen in unserem diagnostischen Vorgehen führen, damit wir in Zukunft mehr Daten zur Steigerung der construct validity unserer Diagnose zur Verfügung haben. Der Weg dahin geht aus von wissenschaftlichen Modellen mit postulierten Krankheitsursachen und führt über die Fortentwicklung der daraus entstehenden Hypothesen. Die wichtigsten ätiologischen Modelle und die daraus abgeleiteten Hypothesen sind oben bereits angesprochen worden. Letztlich sollte auch die Entdeckung einer effektiven Behandlung weniger vom Zufall als vom Verständnis der verschiedenen ätiologischen Faktoren abhängen. Solange diese Faktoren aber nicht bekannt sind, besteht eine weitgehende Unkenntnis über die Wirksamkeit der Behandlung.

Bisher wurden als bedeutsame Ansätze für eine möglichst objektive Diagnosefindung der klinisch-typologische Ansatz und der dimensionale Ansatz genannt. Scheinbar besteht ein Konflik zwischen diesen beiden Ansätzen. Der Konflikt zwischen Typologie und Dimensionalität entsteht aus ihren unterschiedlichen, sich teilweise gegenseitig ausschließenden Annahmen. Welcher Ansatz für die Klassifikation bevorzugt werden muß, ist schwer zu entscheiden. In der Praxis entscheidet immer der Stand der diagnostischen Technik sowie der Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis über den einzuschlagenden Weg. Die Hoffnung erscheint berechtigt, daß sich dieser Konflikt als Pseudokonflikt erweisen wird, nämlich dann, wenn man erkennt, daß zwischen den beiden Ansätzen kein essentieller Unterschied besteht und beide letztlich dasselbe zu erfassen suchen (34).

Möglicherweise könnten dann mathematische Techniken entwickelt werden, durch die eine typologische Klassifikation in eine dimensionale übergeführt werden kann und umgekehrt. Gegenwärtig besteht keine Priorität für einen der aufgezeigten Ansätze.

1.6 Einführung von Verfahrensrichtlinien in den diagnostischen Prozeß zur Optimierung der psychiatrischen Diagnose

Wie die bisherigen Ausführungen gezeigt haben, kann als zuverlässige Basis für die Klassifikation gegenwärtig nur die Phänomenologie der psychiatrischen Krankheiten dienen. Eine Klassifikation auf der Basis des gesamten Patientenverhaltens mißlingt aufgrund fehlender objektiver Kriterien für die Klassifikation. Das Bild der Psychopathologie eines Patienten wird von Faktoren bestimmt, die zu verschieden und zu schwer voneinander trennbar sind, um die zugrundeliegende Störung einordnen zu können.
Die phänomenologischen Daten werden im Patienteninterview gewonnen. Um diese Daten für die Klassifikation einsetzen zu können, sind exakte Definitionen von Begriffen wie "Angst" eine unabdingbare Voraussetzung. Außerdem müssen spezielle Kriterien geschaffen werden, wonach entschieden werden kann, ob

a) ein Symptom vorliegt oder nicht vorliegt
b) ein Syndrom vorliegt oder nicht vorliegt

Die Erforschung der Diagnose auf dieser Ebene ist von verschiedenen Gruppierungen weitergetrieben worden. Besonders seien hier erwähnt die Biometrics Research Unit (36) und die WHO Pilotstudie zur Schizophrenie (28). Diese Gruppierungen haben die psychopathologischen Besonderheiten schizophrenen Verhaltens in den bekannten Dimensionen (z.B. Wahn) spezifiziert. Die klassischen Symptomenmuster bei schizophrenem Verhalten zeigen aber nicht von vorn-

herein eine bestimmte Diagnose an, da die Patientengruppen, die diese Symptome zeigen, immer noch zu heterogen sind. Um diese Heterogenität zu reduzieren und trotzdem den phänomenologischen Ansatzpunkt zu erhalten, haben 1972 Feighner e.a. (6) und in der Folge Spitzer und Endicott sogenannte "operational definitions" der Schizophrenie und der übrigen Erkrankungen vorgeschlagen. Diese "operational definitions" sind ins "Diagnostic and Statistical Manual" (DSM - III) der American Psychiatric Association (1) niedergelegt. Jede Störung ist hierbei durch genau festgelegte Kriterien "operational" definiert. Als Kriterien gelten in jedem Fall eine spezifische Anzahl von Symptomen, "sets of characteristics", die vorliegen müssen, damit eine bestimmte Diagnose gewählt werden darf. Nachdem im DSM - III das phänomenologische bzw. das psychopathologische Muster jeder Diagnose eindeutig erläutert ist, konnte die Zuverlässigkeit der Diagnose entscheidend verbessert werden. Dies bestätigten die neueren Arbeiten Zubins aus dem Jahre 1977 (39).

1.7 Schlußbemerkung

J. Zubin hat 1967 in seiner grundlegenden Arbeit zur Klasifikation der Verhaltensstörungen festgestellt:"Es ist in der Tat ein verwirrendes Phänomen, wenn in einem System, in dem die Symptomatologie das Rückgrat der Diagnose darstellt, keine Beziehungen zwischen der Diagnose und der Symptomatologie bestehen .... Die fehlende Beziehung zwischen Diagnosen und Symptomen dürfte teilweise durch die Annahme erklärt sein, daß einige Symptome tatsächlich Persönlichkeitszüge darstellen und daher (entsprechend der Nullhypothese) grundsätzlich keinen Bezug zur Diagnose haben. Das Vorliegen solcher "Symptome", oder besser: Persönlichkeitsbezüge, beeinflußt möglicherweise den Verlauf einer Erkrankung, hat jedoch nichts mit der Existenz

oder der Verursachung einer Erkrankung zu tun" (34).
Um das Phänomen der fehlenden Korrelation von Symptom und Diagnose zu erhellen, schlug Zubin das folgende Vorgehen vor:
Geschaffen werden müssen

a) zuverlässige Methoden für das Patienteninterview
b) Verfahren zur Beurteilung und Bewertung von Symptomen
c) Verfahren zur Einstufung (scaling) von Symptomen in klinisch bedeutsame Merkmalsklassen
d) Symptomprofile für alle diagnostischen Klassen quer durch diese Dimensionen

Diese Forderungen konnten durch die neueren Entwicklungen in der klinischen Diagnostik, insbesondere durch das DSM - III, größtenteils erfüllt werden. Für die Zukunft bleibt die Aufgabe bestehen, die Validität der Diagnosen dieses diagnostischen Systems zu untersuchen und zu verbessern.

Teil 2

Material, Methodik und Fragestellung

2. Material, Methodik und Fragestellung

2.1 Beschreibung der Daten

Im Beobachtungszeitraum vom 1.1. bis 31.12.78 wurden 1750 Patienten in die Psychiatrische Klinik der Universität München aufgenommen. Wir werten in dieser Arbeit Dokumentationsunterlagen der 917 Patienten aus, bei denen die ICD-Kategorien 295 bis 298 der achten Revision gestellt wurden. Nachdem im ICD neben den endogenen Psychosen im engeren Sinne, nämlich den schizophrenen Psychosen (ICD-Nr. 295) und den affektiven Psychosen (ICD-Nr. 296) auch noch weitere Psychosen auftreten, deren nosologische Einordnung noch nicht vollständig geklärt ist (paranoide Syndrome, ICD-Nr. 297, und andere nichtorganische Psychosen, ICD-Nr. 298), verwenden wir in dieser Arbeit den übergeordneten Begriff "nichtorganische Psychosen". Wir untersuchen die psychopathologische Symptomatik, die mit Hilfe des AMDP-Systems dokumentiert wurde, wobei wir nur den Aufnahmebefund berücksichtigen. Außerdem beschreiben wir Daten über das Geschlecht, das Alter und die Aufenthaltsdauer der Patienten. Die computerunterstützte Auswertung der Daten erfolgte im Rechenzentrum des Klinikums Großhadern.

2.2. Methodik

Die diagnostische Beschreibung der 917 Patienten richtet sich nach der ICD-Klassifikation der achten Revision (28). Zunächst fassen wir die o.g. ICD-Kategorien zu elf Diagnosegruppen zusammen. Zur Festlegung einer Diagnosegruppe ziehen wir die vierstelligen ICD-Diagnosegruppen heran. Ausnahmen bilden die Diagnosegruppen, die mehrere vierstellige ICD-Diagnoseziffer beinhalten. Eine von uns neu eingeführte Diagnosegruppe unter der Bezeichnung "depressive affektive Psychosen" beinhaltet die vierstelligen Schlüssel-

nummern 296.0, 296.2 und 298.0. Die Diagnosegruppe "paranoide Syndrome" entspricht der dreistelligen ICD-Kategorie 297. Die Diagnosegruppe "andere nicht-organische Psychosen"entspricht mit Ausnahme der vierstelligen Schlüsselnummer 298.0 der dreistelligen ICD-Kategorie 298.

Einteilung der ICD-Kategorien in elf Diagnosegruppen

Diagnosegruppe 1:		Hebephrene Schizophrenie
ICD-Nr.	295.1:	Hebephrene Schizophrenie
Diagnosegruppe 2:		Katatone Schizophrenie
ICD-Nr.	295.2:	Katatone Schizophrenie
Diagnosegruppe 3:		Paranoide Schizophrenie
ICD-Nr.	295.3:	Paranoide Schizophrenie
Diagnosegruppe 4:		Akute schizophrene Episode
ICD-Nr.	295.4:	Akute schizophrene Episode
Diagnosegruppe 5:		Schizophrene Rest- und Defektzustände
ICD-Nr.	295.6:	Schizophrene Rest- und Defektzustände
Diagnosegruppe 6:		Schizoaffektive Psychose
ICD-Nr.	295.7:	Schizoaffektive Psychose
Diagnosegruppe 7:		Depressive affektive Psychosen
ICD-Nr.	296.0:	Involutionsdepression
	296.2:	Depression im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose oder einer periodischen Depression
	298.0:	Reaktive depressive Psychose
Diagnosegruppe 8:		Manie
ICD-Nr.	296.1:	Manie im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose oder einer periodischen Manie

Diagnosegruppe 9:		Zyklothymie
ICD-Nr.	296.3:	Zirkuläre Verlaufsform manisch-depressiver Psychosen
Diagnosegruppe 10:		Paranoide Syndrome
ICD-Nr.	297.0:	Paranoia
	297.1:	Paranoide Psychose im Involutionsalter
	297.9:	Andere Wahnsyndrome
Diagnosegruppe 11:		Andere nichtorganische Psychosen
ICD-Nr.	298.1:	Reaktiver Erregungszustand
	298.2:	Reaktiver Verwirrtheitszustand
	298.3:	Akute paranoide Reaktion
	298.9	Nicht näher bezeichnete reaktive Psychosen

Den Anfang des tabellarischen Teils bildet eine Übersicht über die elf Diagnosegruppen. Die Diagnosegruppen werden hinsichtlich der Häufigkeit, der Geschlechterrelation, des Durchschnittsalters und der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer zueinander in Beziehung gesetzt. Die Symptomatik stellen wir tabellarisch so dar, daß mit einem Blick die Häufigkeit eines Symptoms im Vergleich der elf Diagnosegruppen untereinander erkannt werden kann. Ausgehend von den Daten des psychopathologischen Aufnahmebefundes, die mit Hilfe des AMDP-Systems erhoben wurden, stellen wir für jede Diagnosegruppe die Häufigkeit und den Ausprägungsgrad der Symptome dar. Weiterhin geben wir für jede Diagnosegruppe die Geschlechtsverteilung, die Altersverteilung und die Aufenthaltsdauer in der Klinik an. Diese Daten werden sowohl anhand von Tabellen und Abbildungen als auch anhand einer ausführlichen Beschreibung erläutert.

Bei der Darstellung der Symptomatik der einzelnen Diagnosegruppen legen wir besonderen Wert auf einen Vergleich mit

der Symptomatik der Grundgesamtheit (nichtorganische Psychosen); wir versuchen, Unterschiede in der Häufigkeit sowie im Ausprägungsgrad herauszuarbeiten.
Bei der Darstellung der Symptome beschränken wir uns auf folgende Auswahlkriterien:

a) Symptome, deren Häufigkeit in der jeweiligen Diagnosegruppe 10 % und mehr über dem Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen liegt
b) Symptome, die auffallend stark ausgeprägt vorliegen, unabhängig von der Häufigkeit
c) Ausnahmen

2.3 Fragestellung

Die vorliegende Arbeit stellt sich die Aufgabe als Ziel, die Diagnosegruppen mit Hilfe der bei den Patienten beobachteten Symptome zu beschreiben und für jede Diagnosegruppe ein kennzeichnendes Symptomenprofil zu erstellen. Weiterhin untersuchen wir die Bedeutung der Symptomatik für die Differenzierung der Diagnosegruppen.
Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen für Vergleiche mit zukünftigen ähnlichen Untersuchungen zur Verfügung stehen. Insbesondere können unsere Ergebnisse mit Untersuchungen, die mit Hilfe der ICD in der neunten Revision erstellt werden, verglichen werden.

In dieser Arbeit werden nur die o.a. ICD-Diagnosen (nichtorganische Psychosen) untersucht. Herr H. Dietz behandelt in seiner Dissertation zum Thema "Psychopathologische Symptomatik der organischen Psychosen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Suchtkrankheiten und Oligophrenien. Eine Untersuchung an 830 im Jahre 1978 in der Psychiatrischen Klinik der Universität München behandelten Patienten " (5) die Diagnosen

1 Chronische organische Psychosen (ICD-Nr. 290, 291.1, 293.0, 293.1, 293.4)

2 Akute organische Psychosen (ICD-Nr. 291.0/2/3/9, 292, 293.2/3/5/9, 294)

3 Depressive Neurose (ICD-Nr. 300.4)

4 Übrige Neurosen (ICD-Nr. 300.0/1/2/3/5/6/7/8/9)

5 Vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeiten (ICD-Nr. 307, E 950 - 959)

6 Persönlichkeitsstörungen (ICD-Nr. 301)

7 Alkoholismus (ICD-Nr. 303, 291.4)

8 Medikamentenabhängigkeit (ICD-Nr. 304)

9 Nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen (ICD-Nr. 309)

10 Oligophrenien (ICD-Nr. 310, 311, 312, 313, 314, 315)

Übrige Diagnosen (ICD-Nr. 302, 305, 306, 316.1, 316.2, 345)

Teil 3

D a r s t e l l u n g d e r
E r g e b n i s s e

1. Untersuchung der Grundgesamtheit:
   917 Patienten mit nichtorganischen
   Psychosen
2. Untersuchung von Diagnosegruppen

1. Untersuchung der Grundgesamtheit: 917 Patienten mit nichtorganischen Psychosen

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde bei 917 von 1750 Patienten eine Diagnose aus der Gruppe der nichtorganischen Psychosen (ICD-Nr. 295 - 298) gestellt. Der Anteil dieser Patientengruppe an der Klinikpopulation beträgt damit 52.4 %.

1.1 Geschlechtsverteilung (Tab. 1.1)

Von den Patienten mit nichtorganischen Psychosen sind 36.8 % männlich und 63.2 % weiblich. Die weiblichen Patienten überwiegen in einem Verhältnis von 1.72 : 1.

1.2 Altersverteilung (Abb. 1.2 - 1/2/3/4)

Das Lebensalter der Patienten betrug zwischen 16 und 86 Jahre. Die Altersverteilungskurve zeigt nur wenige Patienten in der Altersgruppe zwischen 15 und 19 Jahren (3 %), dann aber eine sprunghafte Häufigkeitszunahme in der Altersgruppe 20 bis 24 Jahre (10 %). Nach flach ansteigendem Verlauf ist ein Häufigkeitsgipfel zwischen 30 und 34 Jahren erkennbar. In den Altersstufen ab 35 Jahre nehmen die Patientenzahlen langsam und annäherungsweise linear ab. Zu einem leichten Anstieg der Patientenzahlen kommt es nochmals zwischen 65 und 69 Jahren. Die Altersgruppen zwischen 20 und 44 Jahren erreichen die größten Häufigkeiten und haben einen Anteil von 56 % am Patientengut.

Die Altersverteilung von Männern und Frauen ist vor allem in den höheren Altersgruppen unterschiedlich. Die männlichen Patienten sind am häufigsten 30 bis 34 Jahre alt, die weiblichen 35 bis 39 Jahre. Betrachtet man die Patientenzahl bis zu einer bestimmten Altersstufe, d.h. integriert man die Verteilungskurven von Männern und Frauen bis zu einem bestimmten Alter, dann erhält man das Diagramm Abb. 1.2 - 3. Der fast deckungsgleiche Verlauf der Kurven

für männliche und weibliche Patienten bis zu 34 Jahren und das anschließende scherenförmige Auseinanderweichen der Kurven zeigt, daß das Überwiegen des weiblichen Geschlechts bei Patienten unter 35 Jahren kaum zum Tragen kommt.
Dies wird noch deutlicher, wenn man die Geschlechterrelation für verschiedene Altersstufen in einem Diagramm aufträgt (Abb. 1.2 - 4). Die Kurve zeigt für die 15- bis 24-jährigen eine Relation von annähernd 1 : 1, ab 25 Jahre verschiebt sich die Relation zunehmend zugunsten des weiblichen Geschlechts. In der Alterstufe 25 bis 34 Jahre beträgt die Geschlechterrelation 1 : 1.3, in der Altersstufe 35 bis 44 Jahre bereits 1 : 1.6. Den höchsten Frauenanteil haben die Altersgruppen zwischen 45 und 64 Jahren (1 : 2.5, 1 : 2.7) und ab 75 Jahre (fast ausschließlich Frauen). Zwischen 65 und 74 Jahren stellt man einen vorübergehend zurückgehenden Frauenanteil bei einer Relation von 1 : 2.1 fest.
Bei der Gesamtheit der Patienten mit nichtorganischen Psychosen überwiegt das weibliche Geschlecht in einem Verhältnis von 1 : 1.72. Dieses Verhältnis ist in den Altersstufen unter 45 Jahren geringer, in den Alterstufen ab 45 Jahre deutlich höher.
Das Durchschnittsalter bei nichtorganischen Psychosen beträgt 42.7 Jahre. Die weiblichen Patienten haben mit 44.6 Jahren ein deutlich höheres Durchschnittsalter als die männlichen Patienten mit 39.4 Jahren.

1.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik (Abb. 1.3)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten betrug zwischen einem und 300 Tage. Die eingipfelige Verteilungskurve zeigt unterhalb von 30 Tagen stetig zunehmende Patientenzahlen, alsdann einen Häufigkeitsgipfel zwischen 30 und 39 Tagen. Bei längeren Aufenthaltszeiten verringern sich die Patientenzahlen stetig. Ab etwa 80 Tagen nimmt die Kurve einen

zunehmend flacheren Verlauf.
Aufenthaltszeiten bis 79 Tage verzeichnet man für 84 % der Patienten, Aufenthaltszeiten bis 129 Tage für 97 % der Patienten.
Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt für alle Patienten mit nichtorganischen Psychosen 47.6 Tage, für Männer 46.4 Tage und für Frauen 48.3 Tage. Ein Geschlechtsunterschied in der Aufenthaltsdauer besteht daher kaum.

1.4 Diagnosen

1.4.1 Übersicht (Tab. 1.4.1)

Von den 917 Patienten entfallen auf die Gruppe der schizophrenen Psychosen 456 (49.7 %), auf die Gruppe der affektiven Psychosen 385 (42.0 %), auf die paranoiden Syndrome 40 (4.4 %) und auf andere nichtorganische Psychosen 36 (3.9 %).

1.4.1.1 Schizophrene Psychosen (ICD-Nr. 295)

Die häufigste schizophrene Psychose ist mit einem Anteil von 37 % die paranoide Form, gefolgt von der schizoaffektiven Psychose (34 %). Deutlich seltener werden diagnostiziert: Die hebephrene Form (11 %), ein schizophrener Rest- und Defektzustand (7 %), die katatone Form (6 %) und die akute schizophrene Episode (4 %). Andere Formen, insbesondere die Schizophrenia simplex, sind zahlenmäßig unbedeutend.

1.4.1.2 Affektive Psychosen (ICD-Nr. 296)

Die häufigste affektive Psychose ist mit einem Anteil von 36 % die Depression im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose oder einer periodischen Depression, gefolgt von der Involutionsdepression (26 %), der Zyklothymie (15 %) und der Manie (7 %). Andere Formen bleiben auf Einzelfälle beschränkt.

1.4.1.3 Paranoide Syndrome (ICD-Nr. 297)

Die zahlenmäßig mit Abstand größte Bedeutung bei den paranoiden Syndromen besitzt die paranoide Psychose im Involutionsalter (73 % der Fälle). Seltener sind andere Wahnsyndrome (20 %) und die Paranoia (8 %) anzutreffen.

1.4.1.4 Andere nichtorganische Psychosen (ICD-Nr. 298)

Bei der Hälfte der Patienten mit reaktiven Psychosen findet man eine akute paranoide Reaktion, bei einem Viertel der Patienten eine reaktive depressive Psychose und bei einem Fünftel einen reaktiven Verwirrtheitszustand. Ein reaktiver Erregungszustand tritt nur in einem einzigen Fall auf.

1.4.2 Unterschiede in der Verteilung der Diagnosen in verschiedenen Altersgruppen (Abb. 1.4.2 - 1/2)

Betrachtet man die prozentuale Verteilung der Diagnosen unter 1.4.1.1 bis 4 auf die Patienten verschiedener Altersgruppen, so erhält man den in Abb. 1.4.2 - 1 dargestellten Überblick. Dieser zeigt, daß der Anteil der schizophrenen Psychosen von 93 % bei der jüngsten Altersgruppe auf 0 % bei der ältesten absinkt, während gleichzeitig der Anteil der affektiven Psychosen von 7 % auf 100 % ansteigt. Bis zum 44. Lebensjahr überwiegen die schizophrenen Psychosen, am deutlichsten ausgeprägt bei den 15- bis 19-jährigen (93 % : 7 %). Bei den 20- bis 24-jährigen beträgt das Verhältnis 74 % : 20 %. Dieses Verhältnis ändert sich bis zur Altersgruppe 40 bis 44 Jahre nur unbedeutend (68 % : 29 %). Bei den 45- bis 54-jährigen nimmt der Anteil der Schizophrenien sprunghaft ab, während sich die affektiven Psychosen umgekehrt verhalten. Die affektiven Psychosen überwiegen ab der Altersgruppe 45 bis 49 Jahre in zunehmendem Maße. Der Anteil der Schizophrenien fällt gleichzeitig von 29 % bei den 50- bis 54-jährigen auf 0 % bei den 75- bis 79-jährigen ab.
Die paranoiden Syndrome sind am relativ häufigsten zwischen 50 und 79 Jahren und erreichen ihren höchsten relativen

Anteil (21 %) bei den 65- bis 69-jährigen. In der höchsten Altersgruppe ab 80 Jahre (3 Patienten) finden sich ausschließlich affektive Psychosen.
Andere nichtorganische Psychosen (reaktive Psychosen) sind gegenüber den bisher untersuchten Psychosen zahlenmäßig unbedeutend. Sie sind überwiegend in den Altersgruppen von 20 bis 59 Jahren vertreten und haben einen relativen Anteil von höchstens 6 % an den Diagnosen einer Altersgruppe.
Führt man die bisher für sämtliche Patienten durchgeführte Untersuchung nach Geschlechtern getrennt durch, so ergeben sich von der Gesamtheit kaum abweichende Bilder (Abb. 1.4.2 - 2/3). Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen jenseits des 44. Lebensjahres. Bei Männern nimmt der Anteil der affektiven Psychosen schneller zu als bei Frauen, gleichzeitig nimmt der Anteil der Schizophrenien schneller ab. In diesem Sinne liegt auch der "Übergangspunkt" für das Überwiegen der affektiven Psychosen bei Männern um einige Jahre früher als bei Frauen.

1.5 Die Symptomatik der nichtorganischen Psychosen (Tab. 1.5)

Psychischer Befund

Der psychische Befund bei nichtorganischen Psychosen zeichnet sich durch die Häufigkeit von Symptomen aus folgenden Symptomgruppen aus: Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, formale Denkstörungen, Wahnsymptome, Verstimmungen und Gefühlsstörungen, psychomotorische Störungen und Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens. Selten dagegen findet man Bewußtseins- und Orientierungsstörungen, überwertige Ideen, Zwänge, Phobien, Sinnestäuschungen, Ich- und Persönlichkeitsstörungen.
Im folgenden sind die Einzelergebnisse aufgeführt.

AUFMERKSAMKEITS - UND GEDÄCHTNISSTÖRUNGEN: Konzentrationsstörungen zählen hierbei zu den am häufigsten festgestellten Symptomen. Sie treten bei 53 % der Patienten in meist mittlerer Ausprägung auf. Außerdem findet man Merkfähigkeitsstörungen bei 28 %, Auffassungsstörungen bei 22 % und Gedächtnisstörungen bei 16 % der Patienten in überwiegend leichten und mittleren Ausprägungen.

FORMALE DENKSTÖRUNGEN sind häufig. Eine Verlangsamung des Denkens beobachtet man leicht und mittel ausgeprägt bei 30 % aller Patienten. Beschleunigtes/ideenflüchtiges Denken ist etwas seltener (20 %), jedoch am schwersten von allen formalen Denkstörungen ausgeprägt (mittel bis schwer). Bei 29 % der Patienten zeigt sich eingeengtes Denken, bei 27 % inkohärentes/zerfahrenes Denken in überwiegend mittlerer Ausprägung. Als weitere formale Denkstörungen kommen vor: Vorbeireden (20 %), gehemmtes Denken (18 %) und umständliches Denken (17 %), Gedankenabreißen (12 %), Perseverationen (9 %) und gesperrtes Denken (8 %). Diese Symptome sind meist mittel oder leicht ausgeprägt.

ÜBERWERTIGE IDEEN haben 11 % der Patienten in vorwiegend mittlerer und schwerer Ausprägung. Hypochondrie (nicht wahnhaft) liegt bei 9 % der Patienten in meist mittlerer Ausprägung vor. Zwänge sind selten und vorwiegend leicht ausgeprägt. Phobien treten bei weniger als 3 % der Patienten auf.

WAHNSYMPTOME sind ebenso häufig wie formale Denkstörungen. Die Ausprägungen sind durchwegs mittelschwer. Man findet Wahnstimmung bei 30 %, Wahneinfälle/Wahngedanken bei 26 % und Wahndynamik bei 22 % der Patienten. Wahnwahrnehmungen haben 18 % der Patienten.

Die am häufigsten beobachteten Wahnformen sind der Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn bei 26 % und der Beziehungswahn bei 22 % der Patienten. Seltene Wahnformen sind der systematisierte Wahn (13 %), der Schuldwahn (6 %), der Größenwahn (6 %), der hypochondrische Wahn (5 %) und der Verarmungswahn (3 %).

SINNESTÄUSCHUNGEN treten im Vergleich zu Wahnsymptomen selten auf. Die Ausprägung von Sinnestäuschungen ist in der Regel mittelschwer. Simmenhören findet man bei 14 % der Patienten und andere akustische Halluzinationen bei 5 %. Körperhalluzinationen/Körperfühlstörungen haben 6 %, optische Halluzinationen 4 % und Geruchs-/Geschmackshalluzinationen 2 % der Patienten.

ICH- UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN sind selten. Die Ausprägungen sind meist mittelschwer. Bei 12 % der Patienten zeigen sich Störungen der Ichidentität. Sonstige Fremdbeeinflussungserlebnisse haben 9 % der Patienten. Autismus in vorwiegend leichter oder mittlerer Ausprägung beobachtet man bei 9 % der Patienten, noch seltener Gedankeneingebung (7 %), Gedankenausbreitung (5 %) und Gedankenentzug (3 %). Andere Entfremdungserlebnisse haben 6 % der Patienten.

VERSTIMMUNGEN UND GEFÜHLSSTÖRUNGEN sind die am häufigsten beobachteten psychischen Störungen bei nichtorganischen Psychosen. Ihre Ausprägung ist in der Regel mittelschwer. Jeweils mehr als die Hälfte aller Patienten erscheinen innerlich unruhig (58 %) und deprimiert/traurig (52 %). Ängstlich wirken 49 % und ratlos 42 % der Patienten. 34 % wirken innerlich gespannt. Weitere häufige Symptome, die auf eine depressive Verstimmung hinweisen können, sind: Hoffnungslosigkeit/Verzweiflung (32 % der Patienten), Insuffizienzgefühl (31 %), Störung der Vitalgefühle (30 %),

Schuldgefühl (19 %) und klagsam/jammeriges Verhalten (17 %). Selten findet sich ein Gefühl der Gefühllosigkeit (9 %) oder ein Verarmungsgefühl (6 %). Mißtrauisches/feindseliges Verhalten zeigen 24 % der Patienten, meist in leichter oder mittlerer Ausprägung. Affektiv inadäquat verhalten sich 21 % der Patienten. Affektstörungen mit einer Häufigkeit von unter 20 % der Fälle sind: Affektstarr (19 %), gefühlsverarmt/affektarm (16 %), ambivalent (14 %), affektlabil (12 %) und affektinkontinent (6 %). Die Grundstimmung ist in 19 % der Fälle mürrisch-gereizt/dysphorisch, in 16 % der Fälle gehoben/euphorisch. Ein gesteigertes Selbstwertgefühl findet sich bei 9 % der Patienten.

PSYCHOMOTORISCHE STÖRUNGEN: Häufig beobachtet man Antriebsarmut (38 % der Patienten), motorische Unruhe (33 %) und Antriebssteigerung (26 %). Antriebsgehemmt wirken 18 % der Patienten, logorrhoisch 12 %. Die genannten Störungen sind überwiegend mittelschwer ausgeprägt. Selten zeigen die Patienten ein mutistisches Verhalten (9 %), Manierismen (7 %) und Parakinesen/Stereotypien (6 %), vorwiegend in leichten und mittleren Ausprägungen. Stupor findet man meist mittelschwer ausgeprägt bei 6 % und Negativismus bei 5 % der Patienten.

Als VERLAUFSBESONDERHEIT verzeichnet man eine abendliche Besserung bei 22 % der Patienten in überwiegend leichter bis mittlerer Ausprägung.

STÖRUNGEN DES TRIEB- UND SOZIALVERHALTENS zählen zu den häufigsten Symptomen bei nichtorganischen Psychosen. Die sozialen Kontakte sind bei 48 % der Patienten vermindert und lediglich bei 7 % vermehrt. Ein Krankheitsgefühl liegt bei 44 % der Patienten vor, ein Mangel an Krankheitsgefühl bei 24 %. Die genannten Störungen sind überwiegend mittel ausgeprägt. Häufig schwer ausgeprägt findet sich ein Mangel

an Krankheitseinsicht (bei 35 % der Patienten), eine Ablehnung der Behandlung (17 %)und eine Erschwerung von Beschäftigungen (17 %). Suizidtendenzen treten bei 21 % der Patienten in vorwiegend leichter und mittlerer Ausprägung auf. Suizidhandlungen sind selten (5 %), in der Regel aber mittel oder schwer ausgeprägt. Aggressionstendenzen leichter und mittlerer Ausprägung bestehen bei 11 % der Patienten, zu Aggressionshandlungen - meist mittelschwerer Ausprägung - kommt es bei 5 %. Eine Verminderung der Sexualität tritt bei 15 % der Patienten auf, häufig in mittlerer und schwerer Ausprägung. Gesteigerte Sexualität ist sehr selten (3 %) und meist leicht ausgeprägt.
Die Fälle von Pflegebedürftigkeit im Sinne von Bettlägerigkeit und Unselbständigkeit in der Körperpflege sind äußerst selten. 5 % der Patienten lehnen die Nahrungsaufnahme meist in leicht ausgeprägter Form ab.

Somatischer Befund

Bei den somatischen Symptomen stehen Schlafstörungen und Appetenzstörungen bei weitem im Vordergrund. Dagegen sind vegetative und besonders neurologische Symptome selten.

SCHLAFSTÖRUNGEN sind außerordentlich häufig. Die Zahlen im folgenden lassen vermuten, daß mindestens zwei Drittel aller Patienten mit nichtorganischen Psychosen an Schlafstörungen leiden. Die Ausprägungen von Schlafstörungen sind überwiegend mittelschwer. An einzelnen Störungen findet man Einschlafstörungen bei 63 % der Patienten, Durchschlafstörungen bei 57 %, eine Verkürzung der Schlafdauer bei 35 % und Müdigkeit bei 17 % der Patienten.

APPETENZSTÖRUNGEN: Das einzige häufige Symtom ist eine Appetitverminderung in meist leichter oder mittlerer Ausprägung bei 45 % der Patienten.

VEGETATIVE SYMPTOME sind insgesamt selten und in der Regel leicht ausgeprägt. Die wichtigsten Symptome in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit sind: "Kopfdruck" o.ä. (15 % der Patienten), Obstipation (15 %), Schwitzen (14 %), Mundtrockenheit (11 %), Herzsensationen (10 %), Schwindel (9 %), Hitzegefühl (7 %) und Übelkeit (6 %).

NEUROLOGISCHE SYMPTOME werden sehr selten gefunden. Einen leicht ausgeprägten feinschlägigen Tremor beiderseits zeigen 6 % der Patienten.

2. Untersuchung von Diagnosegruppen

2.1 Diagnosegruppe 1: Hebephrene Schizophrenie

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde die Diagnose hebephrene Schizophrenie bei 49 von 1750 Patienten der Klinik gestellt. Damit beträgt die Häufigkeit der Hebephrenie in der Klinikpopulation 2.8 %. In der Gruppe der nichtorganischen Psychosen beträgt ihr Anteil 5.3 % (siehe Tab. 0.1), in der Gruppe der schizophrenen Psychosen 10.7 %.

2.1.1 Geschlechterverteilung (Tab. 2.1.1 und Tab. 0.2)

Von den Patienten mit hebephrener Schizophrenie sind 73 % Männer und 27 % Frauen. Bei Männern wird die Diangose 2.8 mal häufiger gestellt als bei Frauen.
Im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen ist der Anteil der Männer am Patientengut bei der Hebephrenie am höchsten (siehe Tab. 0.2).

2.1.2 Altersverteilung (Abb. 2.1.2 - 1/2 und Tab. 0.3)

Das Lebensalter der hebephrenen Patienten betrug zwischen 17 und 42 Jahre. Die Altersverteilungskurve zeigt einen einzigen Häufigkeitsgipfel zwischen 20 und 29 Jahren. 71 % der Patienten gehören dieser Altersgruppe an. 14 % der Patienten sind jünger als 20 Jahre, ebensoviele älter als 29 Jahre. Die Altersverteilung bei Männern und Frauen ist annähernd gleich.
Das Durchschnittsalter ist mit 24.5 Jahren das niedrigste von allen Diagnosegruppen. Das Durchschnittsalter von Männern und Frauen unterscheidet sich nicht: Männer 24.7 Jahre, Frauen 24.2 Jahre.

2.1.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik (Abb. 2.1.3 und Tab. 0.4)

Die Aufenthaltsdauer der hebephrenen Patienten betrug zwischen einem und 210 Tage. Die Verteilungskurve zeigt

für die Mehrzahl der Patienten Aufenthaltszeiten bis 109 Tage bei etwa gleichmäßiger Verteilung und einem angedeuteten Gipfel bei 30 bis 39 Tagen.
Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist mit 55 Tagen die zweitlängste von allen Diagnosegruppen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt bei Männern 58 Tage, bei Frauen 47 Tage; bei Männern ist sie somit 11 Tage länger.

2.1.4 Symptomatik (Tab. 2.1.4 und Tab. 0.5)

Psychischer Befund

BEWUßTSEINSSTÖRUNGEN treten nicht auf.

ORIENTIERUNGSSTÖRUNGEN findet man bei weniger als 5 % der Patienten in überwiegend leichter Ausprägung.

AUFMERKSAMKEITS- UND GEDÄCHTNISSTÖRUNGEN: Konzentrationsstörungen sind häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen. Sie sind bei 82 % der Patienten in meist mittelschwerer Ausprägung vorhanden. Auffassungsstörungen treten bei 33 % der Patienten in überwiegend leichter Ausprägung auf.

FORMALE DENKSTÖRUNGEN sind häufig. Inkohärentes/zerfahrenes Denken, umständliches Denken sowie Vorbeireden und Gedankenabreißen findet man deutlich häufiger als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. 43 % der Patienten zeigen inkohärentes/zerfahrenes Denken aller Ausprägungsgrade. Vorwiegend leicht ausgeprägt findet sich Vorbeireden bei 35 % und umständliches Denken bei 35 % der Patienten. Eingeengtes Denken beobachtet man bei 33 %, verlangsamtes Denken bei 31 % der Patienten. Beschleunigtes/ideenflüchtiges Denken meist mittlerer Ausprägung zeigen 20 % der Patienten. Gedankenabreißen

tritt bei 20 % der Patienten in vorwiegend leichter Ausprägung auf. Gehemmtes Denken verzeichnet man bei 20 % der Patienten in überwiegend mittelschwerer Ausprägung.

ÜBERWERTIGE IDEEN, ZWÄNGE UND PHOBIEN sind selten und meist leicht ausgeprägt. Hypochondrie (nicht wahnhaft) wird bei 12 % der Patienten beobachtet.

WAHNSYMPTOME sind häufig und kommen überwiegend in mittelschwerer Ausprägung vor. Wahndynamik liegt bei 35 % und Wahnstimmung bei 31 % der Patienten vor.
Wahneinfälle/Wahngedanken haben 37 % der Patienten.
An Wahnformen finden sich ein Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn in 37 % und ein Beziehungswahn in 29 % der Fälle.
Seltene Wahnformen sind der systematisierte Wahn (10 %), der hypochondrische Wahn (6 %) und der Schuldwahn (4 %).
Wahnwahrnehmungen haben 16 % der Patienten in überwiegend leichter Ausprägung.

SINNESTÄUSCHUNGEN kommen vor, sind aber nicht häufiger als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. Stimmenhören findet man bei 16 % der Patienten in überwiegend mittelschwerer Ausprägung. Körperhalluzinationen haben 12 % der Patienten, in einem Fall sind sie schwer ausgeprägt. Optische Halluzinationen haben 8 % der Patienten in leichter oder mittelschwerer Ausprägung.

ICH- UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN: Autismus und Störungen der Ichidentität sind häufig. Autismus in überwiegend leichter Form findet sich bei 35 % der Patienten und ist damit häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen. Störungen der Ichidentität haben 24 % der Patienten in leichter oder mittelschwerer, selten in schwerer Ausprägung.

VERSTIMMUNGEN UND GEFÜHLSSTÖRUNGEN sind häufig und zeigen ein bestimmtes Muster. Die Ausprägung der untersuchten affektiven Symptome ist überwiegend mittelschwer. Die häufigste Störung ist der inadäquate Affekt, er liegt bei 45 % der Patienten vor. Inadäquate Affekte sind bei Hebephrenie häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen. 43 % der Patienten wirken innerlich gespannt und 43 % innerlich unruhig. Ein mißtrauisches/ feindseliges Verhalten beobachtet man bei 41 % der Patienten. Die Grundstimmung ist häufig mürrisch gereizt und dysphorisch (35 % der Fälle), selten gehoben und euphorisch (12 %). Läppisches Verhalten zeigen 16 % der Patienten in überwiegend leichter Ausprägung. Ratlosigkeit sowie Ängstlichkeit findet man bei je 31 % der Patienten, meist in leichter Ausprägung. Gefühlsverarmt/ affektarm sind 24 % der Patienten, ebensoviele affektstarr. Depressive Symptome (z.B. Insuffizienzgefühl) sind bei weniger als 20 % der Patienten vorhanden (siehe Tab. 0.5).

PSYCHOMOTORISCHE STÖRUNGEN: Die häufigste psychomotorische Störung ist eine überwiegend leicht ausgeprägte Antriebsarmut bei 49 % der Patienten. Antriebsgesteigert sind 14 % der Patienten in vorwiegend mittelschwerer Ausprägung. Motorische Unruhe von meist mittelschwerer Ausprägung liegt bei 33 % der Patienten vor. Manierismen zeigen 16 % der Patienten in leichter Form.

VERLAUFSBESONDERHEITEN kommen nicht vor, insbesondere keine abendliche Besserung.

STÖRUNGEN DES TRIEB- UND SOZIALVERHALTENS sind häufig. Verminderte soziale Kontakte finden sich bei 65 % der Patienten und sind damit bei der Hebephrenie häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen. Die Ausprägung ist in der Mehrzahl mittelschwer; 16 % der Patienten haben

stark verminderte Kontakte. Vermehrte soziale Kontakte kommen nicht vor. 55 % der Patienten zeigen einen Mangel an Krankheitseinsicht, davon 29 % in schwerer Ausprägung. Einen Mangel an Krankheitsgefühl findet man bei 49 % der Patienten, meist in mittelschwerer Ausprägung. Krankheitsgefühl liegt bei 31 % der Patienten in überwiegend leichter Ausprägung vor. 27 % der Patienten lehnen die Behandlung ab, die Ausprägung ist meist schwer. Aggressionstendenzen leichter oder mittlerer Ausprägung zeigen 24 % der Patienten. Bei 8 % kommt es zu Aggressionshandlungen. Suizidtendenzen haben 14 % der Patienten in leichter oder mittelschwerer Ausprägung, zu Suizidhandlungen kommt es nicht. Die Sexualität ist bei 20 % der Patienten in unterschiedlichem Ausmaß vermindert. Gesteigerte Sexualität findet sich bei 8 % der Patienten,teils in leichter und teils in schwerer Ausprägung.

Somatischer Befund

SCHLAFSTÖRUNGEN sind etwas seltener als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. Sie sind überwiegend mittelschwer ausgeprägt. Am häufigsten findet man Einschlafstörungen bei 41 % und Durchschlafstörungen bei 41 % der Patienten.

APPETENZSTÖRUNGEN: Auffällig ist eine mittel- bis schwergradige Appetitvermehrung bei 14 % der Patienten. Eine Appetitverminderung tritt bei 24 % der Patienten auf und ist damit seltener als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen.

VEGETATIVE SYMPTOME sind selten. "Kopfdruck" o.ä. kommt bei 18 % der Patienten in meist leichter Ausprägung vor, Herzsensationen bei 14 % der Patienten in überwiegend mittelschwerer Ausprägung. Andere Störungen findet man seltener, ihre Ausprägung ist meist leicht.

NEUROLOGISCHE SYMPTOME sind selten. Paroxysmale Dyskinesen kommen bei 10 % der Patienten in mittlerer und schwerer Ausprägung vor.

2.2 Diagnosegruppe 2: Katatone Schizophrenie

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde die Diagnose katatone Schizophrenie bei 28 von 1750 Patienten gestellt. Damit beträgt die Häufigkeit der Katatonie in der Klinikpopulation 1.6 %. In der Gruppe der nichtorganischen Psychosen beträgt ihr Anteil 3.1 % (siehe Tab. 0.1), in der Gruppe der schizophrenen Psychosen 6.1 %.

2.2.1 Geschlechterverteilung (Tab. 2.1.1)

Von den Patienten mit katatoner Schizophrenie sind 43 % Männer und 57 % Frauen. Bei Frauen wird die Diagnose 1,3 mal häufiger gestellt als bei Männern.

2.2.2 Altersverteilung (Abb. 2.2.2 - 1/2 und Tab. 0.3)

Das Lebensalter katatoner Patienten betrug zwischen 16 und 55 Jahre. Die Altersverteilungskurve zeigt zwei Häufigkeitsgipfel. Der erste betrifft die Altersgruppe zwischen 15 und 24 Jahren, ihr gehören 54 % der Patienten an. Der zweite, kleinere Gipfel liegt zwischen 35 und 39 Jahren. Die Altersverteilung ist bei Männern und Frauen unterschiedlich. Männer gehören am häufigsten den Altersgruppen 20 bis 24 Jahre und 35 bis 39 Jahre an. 31 % der Frauen gehören der Altersgruppe 15 bis 19 Jahre an, in den höheren Altersgruppen der Frauen ist die Katatonie zunehmend seltener.

Das Durchschnittsalter der katatonen Patienten ist mit 27.7 Jahren das zweitniedrigste von allen Diagnosegruppen. Das Durchschnittsalter von Männern und Frauen unterscheidet sich geringfügig: Männer 26.8 Jahre, Frauen 28.4 Jahre.

2.2.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik (Abb. 2.2.3 und Tab. 0.4)

Die Aufenthaltsdauer katatoner Patienten betrug zwischen fünf und 300 Tage. Die Verteilungskurve zeigt für die Mehrzahl der Patienten Aufenthaltszeiten bis zu 99 Tagen mit Häufigkeitsgipfeln bei 20 bis 39 Tagen und 80 bis 89 Tagen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist mit 75 Tagen die längste aller Diagnosegruppen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt bei Frauen 90 Tage, bei Männern 55 Tage; bei Frauen ist sie somit 45 Tage länger.

2.2.4 Symptomatik (Tab. 2.2.4 und Tab. 0.5)

Psychischer Befund

BEWUßTSEINSSTÖRUNGEN sind selten, dennoch sind sie bei der Katatonie häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen. Eine Bewußtseinstrübung in leichter oder mittelschwerer Ausprägung zeigen 14 % der Patienten. Umdämmertes Bewußtsein findet sich bei 11 % der Patienten, in einem Fall in schwerer Ausprägung.

ORIENTIERUNGSSTÖRUNGEN kommen vor und sind häufig schwer ausgeprägt. 21 % der Patienten haben zeitliche und 14 % der Patienten situative Orientierungsstörungen, davon je 11 % in schwerer Ausprägung. Örtliche Orientierungsstörungen in meist leichter Form zeigen 14 % der Patienten. 7 % sind über die eigene Person nicht oder vermindert orientiert. Die Ausprägungen sind hierbei mittel oder schwer.

AUFMERKSAMKEITS- UND GEDÄCHTNISSTÖRUNGEN sind nicht häufiger als im Durchschnitt der Diagnosegruppen. Konzentrationsstörungen haben 54 % der Patienten in überwiegend mittlerer Ausprägung, 21 % haben Auffassungsstörungen in mittlerer oder schwerer Ausprägung.

FORMALE DENKSTÖRUNGEN sind häufig und kommen oft in schwerer Ausprägung vor. Häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen sind die Patienten in ihrem Denken gehemmt (36 %) oder gesperrt (29 %). Gehemmtes Denken kommt überwiegend in leichter Ausprägung vor, gesperrtes Denken in mittlerer oder schwerer Ausprägung. Inkohärentes/zerfahrenes Denken findet man bei 36 % der Patienten, bei 25 % in schwerer Ausprägung. Verlangsamtes Denken unterschiedlicher Ausprägung zeigen 32 % der Patienten. Beschleunigtes Denken ist selten; es findet sich bei 14 % der Patienten in mittelschwerer Ausprägung. Überwiegend schwer ausgeprägt ist Vorbeireden bei 29 % und Gedankenabreißen bei 18 % der Patienten. Alle anderen Denkstörungen treten ebenfalls auf, ihre Häufigkeit beträgt zwischen 11 % und 25 % der Fälle (siehe Tab. 0.5).

ÜBERWERTIGE IDEEN, ZWÄNGE, PHOBIEN: Überwertige Ideen haben 21 % der Patienten in vorwiegend schwerer Ausprägung. Zwanghaftes Denken und Handeln bleibt auf Einzelfälle beschränkt, Phobien kommen nicht vor.

WAHNSYMPTOME liegen in ihrer Häufigkeit im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. Wahnstimmung findet man bei 36 % der Patienten in mittlerer oder schwerer Ausprägung. Wahndynamik zeigen 28 % der Patienten, am häufigsten in mittlerer und schwerer Ausprägung.
Die nun folgenden Wahnsymptome kommen meist in mittelschwerer Ausprägung vor. Wahneinfälle/Wahngedanken (21 % der Patienten) und Wahnwahrnehmungen (14 %) sind

im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen mit schizophrenen Psychosen selten, ebenso der Beziehungswahn (21 %) und der Verfolgungswahn (21 %). Ein systematisierter Wahn liegt bei 18 % der Fälle vor. Ein Größenwahn und ein hypochondrischer Wahn finden sich bei je 10 % und ein Schuldwahn bei 7 % der Fälle.

SINNESTÄUSCHUNGEN sind selten. Stimmenhören kommt bei 11 % der Patienten in mittelschwerer, in einem Fall in schwerer Ausprägung vor. Andere akustische Halluzinationen haben 11 % der Patienten in mittlerer Ausprägung. Leicht ausgeprägt findet man Körperhalluzinationen bei 7 % der Patienten und Illusionen bei 11 % der Patienten.

ICH- UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN: Autismus aller Ausprägungsgrade ist die häufigste Störung (25 % aller Patienten). Störungen der Ichidentität kommen bei 21 % der Patienten in meist mittlerer Ausprägung vor. Gedankeneingebung findet sich bei 18 % der Patienten in mittlerer und in schwerer Ausprägung.

VERSTIMMUNGEN UND GEFÜHLSSTÖRUNGEN sind häufig. 43 % der Patienten wirken gespannt, meistens in schwerer Ausprägung. Mißtrauisches/feinseliges Verhalten beobachtet man bei 36 % der Patienten in überwiegend leichter Form. Gefühlsverarmt/affektarm sind 32 % der Patienten in meist mittelschwerer Ausprägung, affektstarr sind 21 % in mehr leichter Ausprägung. Die Grundstimmung ist bei 25 % der Patienten gehoben/euphorisch in mittelschwerer Ausprägung und nur bei 7 % der Patienten mürrisch-gereizt/dysphorisch. Ein inadäquater Affekt findet sich mittel oder schwer ausgeprägt bei 21 % der Patienten. Läppisches Verhalten zeigen 18 % der Patienten in verschieden starken Ausprägungen. Ängstlichkeit beobachtet man bei 32 % der Patienten in überwiegend

leichter Ausprägung. Innere Unruhe ist deutlich seltener als in allen anderen Diagnosegruppen: sie findet sich bei 29 % der Patienten in meist mittlerer Ausprägung. Ratlosigkeit aller Ausprägungen findet sich bei 25 % der Patienten, ein klagsames/jammeriges Verhalten von meist mittlerer Ausprägung bei 18 % der Patienten. Deprimiert/traurig sind 29 % der Patienten bei überwiegend leichter und nur in Einzelfällen (7 %) schwerer Ausprägung. Andere depressive Symptome (z.B. Insuffizienzgefühl) sind selten (siehe Tab. 0.5).

PSYCHOMOTORISCHE STÖRUNGEN: Bei katatonen Patienten findet man häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen mutistisches, stuporöses und negativistisches Verhalten, Parakinesen und Stereotypien. Mutistisch sind 46 % und stuporös 39 % der Patienten in überwiegend schwerer Ausprägung. Parakinesen/Stereotypien in verschieden starken Ausprägungen zeigen 29 % der Patienten. Negativistisches Verhalten kommt bei 21 % der Patienten in mittlerer oder schwerer Ausprägung vor. Motorisch unruhig sind 39 % der Patienten, davon 14 % in schwerer Ausprägung. Antriebsarmut und Antriebssteigerung liegen bei jeweils 29 % der Patienten vor, wobei eine Antriebsarmut meist schwer und eine Antriebssteigerung meist mittelschwer ausgeprägt ist.

VERLAUFSBESONDERHEITEN kommen nicht vor. Bei keinem Patienten zeigt sich eine abendliche Besserung.

STÖRUNGEN DES TRIEB- UND SOZIALVERHALTENS sind häufig. Bei 54 % der Patienten ist der Kontakt zumeist schwer vermindert. Vermehrte Kontakte kommen nicht vor. 43 % der Patienten zeigen einen Mangel an Krankheitseinsicht von meist mittlerer Ausprägung. Das Krankheitsgefühl bei 36 % der Patienten ist überwiegend leicht ausgeprägt. Mangelndes Krankheitsgefühl findet man lediglich bei 18 % der Patienten. Aggressionstendenzen von mittlerer Ausprägung zeigen

14 % der Patienten. Aggressionshandlungen, Suizidtendenzen und Suizidhandlungen kommen nicht vor. Die Sexualität ist nur in Einzelfällen vermindert oder gesteigert. Häufiger und ausgeprägter als in allen anderen Diagnosegruppen beobachtet man Bettlägerigkeit (14 % der Patienten), Nahrungsablehnung (14 %) sowie Unselbständigkeit beim Essen (11 %) oder in der Körperpflege (11 %).

Somatischer Befund

SCHLAFSTÖRUNGEN sind seltener als in allen anderen Diagnosegruppen. Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen und eine Verkürzung der Schlafdauer treten bei jeweils 18 % der Patienten auf; diese Schlafstörungen sind mittel bis schwer ausgeprägt.

APPETENZSTÖRUNGEN: Bei 36 % der Patienten liegt eine überwiegend schwer ausgeprägte Appetitverminderung vor.

VEGETATIVE SYMPTOME sind selten. Schwitzen in leichter und mittlerer Ausprägung findet man bei 14 % der Patienten, "Kopfdruck" o.ä. bei 10 % in mittlerer Ausprägung.

NEUROLOGISCHE SYMPTOME treten, abgesehen von Einzelfällen, nicht auf.

2.3 Diagnosegruppe 3: Paranoide Schizophrenie

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde die Diagnose paranoide Schizophrenie bei 170 von 1750 Patienten gestellt. Damit beträgt die Häufigkeit der paranoiden Schizophrenie in der Klinikpopulation 9.7 %. In der Gruppe der nichtorganischen Psychosen beträgt ihr Anteil 18.5 % (siehe Tab. 0.1), in der Gruppe der schizophrenen Psychosen 37.3 %.

2.3.1 Geschlechtsverteilung (Tab. 2.3.1)

Von den Patienten mit paranoider Schizophrenie sind 41 % Männer und 59 % Frauen. Bei Frauen wird die Diagnose 1,4 mal häufiger gestellt als bei Männern.

2.3.2 Altersverteilung (Abb. 2.3.2 - 1/2)

Das Lebensalter der Patienten betrug zwischen 17 und 65 Jahre. Die Altersverteilungskurve zeigt eine Häufigkeitszunahme zwischen 15 und 29 Jahren, einen breiten Gipfel zwischen 30 und 44 Jahren und rasch abnehmende Häufigkeiten zwischen 45 und 69 Jahren. Die Altersverteilung bei Männern und Frauen ist bis zu 44 Jahren gleich. Die Altersgruppe ab 45 Jahre wird zu 80 % von Frauen gestellt. Das Durchschnittsalter bei paranoider Schizophrenie beträgt 37.2 Jahre. Frauen haben mit 38.8 Jahren ein höheres Durchschnittsalter als Männer mit 34.9 Jahren.

2.3.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik (Abb. 2.3.3)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten betrug zwischen einem und 250 Tage. Die Verteilungskurve zeigt die größte Häufung bei Aufenthaltszeiten zwischen zehn und 69 Tagen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt für alle Patienten 50 Tage, für Männer 46 Tage und für Frauen 53 Tage.

2.3.4 Symptomatik (Tab. 2.3.4 und Tab. 0.5)

Psychischer Befund

BEWUßTSEINSSTÖRUNGEN treten sehr selten auf.

ORIENTIERUNGSSTÖRUNGEN sind selten. 8 % der Patienten haben zeitliche, 8 % situative und 6 % örtliche Orientierungsstörungen. Die Ausprägungen sind in der Mehrzahl mittelschwer.

AUFMERKSAMKEITS- UND GEDÄCHTNISSTÖRUNGEN sind bei der paranoiden Schizophrenie etwas häufiger als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. Konzentrationsstörungen sind bei 57 % der Patienten in vorwiegend mittlerer Ausprägung vorhanden. Auffassungsstörungen haben 31 % der Patienten in meist leichter oder mittlerer, in 8 % der Fälle in schwerer Ausprägung.

FORMALE DENKSTÖRUNGEN sind häufig und überwiegend mittelschwer ausgeprägt. Deutlich häufiger als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen ist das Denken inkohärent/zerfahren (42 % der Patienten) und eingeengt (39 %). Die Patienten können in ihrem Denken sowohl verlangsamt (22 %) als auch beschleunigt/ideenflüchtig (17 %) sein. Alle anderen Denkstörungen treten ebenfalls auf, ihre Häufigkeit beträgt zwischen 11 und 23 % der Fälle (siehe Tab. 0.5).

ÜBERWERTIGE IDEEN, ZWÄNGE UND PHOBIEN sind selten. Überwertige Ideen haben 13 % der Patienten in überwiegend schwerer Ausprägung. Zwänge und Phobien finden sich bei weniger als 5 % der Patienten.

WAHNSYMPTOME sind erheblich häufiger als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen und überwiegend mittel oder schwer ausgeprägt. Wahnstimmung liegt bei 61 % der

Patienten vor. Wahneinfälle/Wahngedanken haben 49 % und Wahnwahrnehmungen 40 % der Patienten. Wahndynamik zeigen 46 % der Patienten. An verschiedenen Wahnformen findet man einen Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn bei 56 %, einen Beziehungswahn bei 40 % und einen systematisierten Wahn bei 36 % der Patienten. Seltene Wahnformen sind der Größenwahn (12 % der Patienten), der hypochondrische Wahn (9 %) und der Schuldwahn (5 %).

SINNESTÄUSCHUNGEN: Stimmenhören kommt häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen vor. 38 % der Patienten sind von Stimmenhören meist mittlerer oder schwerer Ausprägung betroffen, 11 % von anderen akustischen Halluzinationen in überwiegend schwerer Ausprägung. Körperhalluzinationen haben 14 %, optische Halluzinationen 12 % und Geruchs-/Geschmackshalluzinationen 6 % der Patienten in vorwiegend mittelschweren Ausprägungen.

ICH- UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN: Störungen der Ichidentität findet man bei 24 % der Patienten in vorwiegend mittlerer Ausprägung. Sonstige Fremdbeeinflussungserlebnisse kommen bei 20 % der Patienten in vorwiegend schwerer Ausprägung vor und sind damit etwas häufiger und schwerer ausgeprägt als in allen anderen Diagnosegruppen. Gedankeneingebung findet man bei 17 % der Patienten in meist mittlerer Ausprägung.

VERSTIMMUNGEN UND GEFÜHLSSTÖRUNGEN sind häufig und meist mittelschwer ausgeprägt. Die am häufigsten beobachteten Störungen, nämlich innere Unruhe (58 % der Patienten), Ratlosigkeit (42 %) und Ängstlichkeit (41 %) sind nicht häufiger als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. Gespannt wirken 39 % der Patienten. Mißtrauisch/feindselig verhalten sich 37 % und affektiv inadäquat 35 % der Patienten. Die Grund-

stimmung ist bei 29 % der Patienten mürrisch-gereizt/dysphorisch in vorwiegend mittelschwerer Ausprägung, bei 15 % der Patienten ist sie gehoben/euphorisch in leichter und mittelschwerer Ausprägung. Deprimiert/traurig fühlen sich 32 %, hoffnungslos/verzweifelt 25 % der Patienten. Andere depressive Symptome (z.B. Insuffizienzgefühl) sind selten (siehe Tab. O.5).
Verschiedene PSYCHOMOTORISCHE STÖRUNGEN kommen vor, allerdings nicht häufiger als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. Antriebsarmut wird bei 35 % der Patienten meist in mittlerer Ausprägung beobachtet, Antriebssteigerung bei 24 % in allen Ausprägungen. Motorische Unruhe von überwiegend mittlerer Ausprägung zeigen 35 % der Patienten.

VERLAUFSBESONDERHEITEN kommen, abgesehen von zwei Fällen von schweren nächtlichen Exazerbationen, nicht vor. Man findet keine abendliche Besserung.

STÖRUNGEN DES TRIEB- UND SOZIALVERHALTENS sind häufig. Kontaktvermindert sind 58 % der Patienten in betont mittlerer oder schwerer Ausprägung. Vermehrte Kontakte sind sehr selten. 58 % der Patienten zeigen einen Mangel an Krankheitseinsicht, davon 31 % in schwerer Ausprägung. Einen Mangel an Krankheitsgefühl findet man bei 41 % der Patienten in überwiegend mittlerer und schwerer Ausprägung. Krankheitsgefühl liegt bei 34 % der Patienten vor und ist überwiegend mittelschwer ausgeprägt. 29 % der Patienten lehnen die Behandlung ab; die Ausprägung ist meist schwer. Aggressionstendenzen leichter oder mittlerer Ausprägung zeigen 16 % der Patienten; bei 8 % kommt es zu Aggressionshandlungen. Suizidtendenzen aller Ausprägungen haben 11 % der Patienten; bei 6 % kommt es zu Suizidhandlungen. Die Sexualität ist bei

15 % der Patienten in unterschiedlichem Ausmaß vermindert.

Somatischer Befund

SCHLAFSTÖRUNGEN sind bei der paranoiden Schizophrenie etwas seltener als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. Sie sind überwiegend mittelschwer ausgeprägt. Als häufigste Schlafstörungen findet man Durchschlafstörungen bei 46 % und Einschlafstörungen bei 45 % der Patienten.

APPETENZSTÖRUNGEN: Bei 33 % der Patienten liegt eine Appetitverminderung meist mittlerer Ausprägung vor.

VEGETATIVE SYMPTOME kommen selten vor und sind meist leicht ausgeprägt. Als häufigste Störungen findet man "Kopfdruck" o.ä. bei 12 % und Schwitzen bei 10 % der Patienten.

NEUROLOGISCHE SYMPTOME sind sehr selten. Ihre Häufigkeit liegt unter 5 % der Fälle.

2.4 Diagnosegruppe 4: Akute schizophrene Episode

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde die Diagnose akute schizophrene Episode bei 17 von 1750 Patienten gestellt. Damit beträgt die Häufigkeit der akuten schizophrenen Episode in der Klinikpopulation 1.0 %. In der Gruppe der nichtorganischen Psychosen beträgt ihr Anteil 1.9 % (siehe Tab. 0.1), in der Gruppe der schizophrenen Psychosen 3.7 %.

2.4.1 Geschlechtsverteilung (Tab. 2.4.1)

Von den Patienten mit akuter schizophrener Episode sind 29 % Männer und 71 % Frauen. Bei Frauen wird die Diagnose 2,4 mal häufiger gestellt als bei Männern.

2.4.2 Altersverteilung (Abb. 2.4.2 - 1/2)

Das Lebensalter der Patienten betrug zwischen 19 und 49 Jahre. Die Altersverteilungskurve zeigt bei relativ geringer Patientenzahl einen deutlichen Häufigkeitsgipfel zwischen 25 und 29 Jahren. Bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen findet man bei Frauen eine Häufung zwischen 25 und 29 Jahren.
Das Durchschnittsalter der Patienten mit akuter schizophrener Episode beträgt 29.5 Jahre. Frauen haben mit 30.5 Jahren ein etwas höheres Durchschnittsalter als Männer mit 27.2 Jahren.

2.4.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik (Abb. 2.4.3) Tab. 0.4)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten betrug zwischen zwei und 100 Tage. Die Verteilungskurve zeigt überwiegend Aufenthaltszeiten von 69 Tagen. Eine Häufung erkennt man bei Aufenthaltszeiten von einem bis 19 Tagen und von 45 bis 69 Tagen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist mit 34 Tagen die zweitkürzeste von allen

Diagnosegruppen. Für Männer beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 30 Tage, für Frauen beträgt sie 36 Tage.

2.4.4 Symptomatik (Tab. 2.4.4 und Tab. 0.5)

Psychischer Befund

BEWUßTSEINSSTÖRUNGEN treten nicht auf.

ORIENTIERUNGSSTÖRUNGEN zeitlicher, örtlicher und situativer Art sind bei der akuten schizophrenen Episode häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen. Sie sind meist mittelschwer ausgeprägt. 35 % der Patienten haben zeitliche, 18 % örtliche und 24 % situative Orientierungsstörungen.

Die Häufigkeit von AUFMERKSAMKEITS- UND GEDÄCHTNISSTÖRUNGEN entspricht dem Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. Konzentrationsstörungen sind bei 59 % der Patienten in vorwiegend mittlerer Ausprägung vorhanden.

FORMALE DENKSTÖRUNGEN sind deutlich häufiger als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. Vorbeireden findet man bei 59 % der Patienten, meist in leichter Ausprägung. In keiner anderen Diagnosegruppe kommt Vorbeireden in dieser Häufigkeit vor. Inkohärentes/zerfahrenes Denken zeigen 47 % der Patienten in überwiegend mittlerer Ausprägung. Gedankenabreißen kommt bei 29 % der Patienten in meist leichter Ausprägung vor, umständliches Denken bei 29 % der Patienten in überwiegend mittlerer Ausprägung. Jeweils 24 % der Patienten zeigen beschleunigtes, verlangsamtes oder gesperrtes Denken fast ausschließlich in mittlerer Ausprägung. Zwangsdenken und Zwangshandlungen findet man bei je 12 % der Patienten, meist in mittlerer Ausprägung.

ÜBERWERTIGE IDEEN UND ZWÄNGE sind etwas häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen. Überwertige Ideen haben 29 % der Patienten in mittlerer und schwerer Ausprägung. Zwangsdenken und Zwangshandlungen findet man bei je 12 % der Patienten, meist in mittlerer Ausprägung.

WAHNSYMPTOME sind zum überwiegenden Teil häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen. Die Ausprägung der Wahnsymptome ist vorwiegend mittelschwer.
Wahnstimmung liegt bei 76 % der Patienten vor. Wahnwahrnehmungen treten bei 53 % und Wahneinfälle/Wahngedanken bei 47 % der Patienten auf. Wahndynamik findet man bei 59 % der Patienten. An Wahnformen kommen vor: Ein Beziehungswahn in 71 % der Fälle, ein Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn in 53 % und ein systematisierter Wahn in 24 % der Fälle, letzterer fast nur in schwerer Ausprägung. Ein "anderer Wahn" (z.B. ein nihilistischer Wahn) wird bei 18 % der Patienten in meist schwerer Ausprägung beobachtet; weitere Wahnformen kommen nicht oder nur in Einzelfällen vor.

SINNESTÄUSCHUNGEN sind mit Ausnahme von Illusionen nicht häufiger als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. Illusionen kommen bei 24 % der Patienten in mittlerer und schwerer Ausprägung vor. Stimmenhören findet man bei 18 % und Körperhalluzinationen bei 12 % der Patienten in mittlerer und schwerer Ausprägung.

ICH- UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN: Häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen zeigen sich Störungen der Ichidentität. Bei 41 % der Patienten sind sie leicht oder mittel ausgeprägt vorhanden. Gedankenausbreitung findet man bei 24 % der Patienten in vorwiegend mittlerer Ausprägung.

VERSTIMMUNGEN UND GEFÜHLSSTÖRUNGEN sind äußerst häufig. Die Patienten wirken vor allem gespannt, ratlos und ängstlich. Innerlich gespannt erscheinen 71 % der Patienten in überwiegend mittlerer Ausprägung. Ratlos sind 59 % der Patienten in vorwiegend schwerer Ausprägung. Ratlosigkeit und Ängstlichkeit kommt bei akuten schizophrenen Episoden häufiger als bei allen anderen Diagnosegruppen vor. Ängstlichkeit aller Ausprägungsgrade zeigen 59 % der Patienten.
Die Symptome im folgenden sind vorwiegend mittelschwer ausgeprägt. Ein mißtrauisches/feindseliges Verhalten zeigen 41 % und inadäquate Affekte 35 % der Patienten. Innere Unruhe beobachtet man bei 47 % der Patienten und damit etwas seltener als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. Die Symptome, die auf eine depressive Verstimmung hinweisen können (z.B. deprimiert/traurig, Insuffizienzgefühl u.a.), sind selten. Ihre Häufigkeit beträgt 12 % und weniger (siehe Tab. 0.5).

An PSYCHOMOTORISCHEN STÖRUNGEN tritt nur motorische Unruhe gehäuft auf. 53 % der Patienten sind motorisch unruhig in vorwiegend mittelschwerer Ausprägung. Eine Antriebssteigerung findet man bei 24 % der Patienten in vorwiegend schwerer Ausprägung. Mutistisches Verhalten aller Ausprägungsgrade zeigen 18 % der Patienten. Antriebsarm verhält sich keiner der Patienten.

VERLAUFSBESONDERHEITEN kommen nicht vor, insbesondere keine abendlichen Besserungen.

STÖRUNGEN DES TRIEB- UND SOZIALVERHALTENS sind häufig und meist mittelschwer ausgeprägt. Es besteht vor allem ein Mangel an Krankheitsgefühl (47 % der Patienten) und an Krankheitseinsicht (41 %). Ein Krankheitsgefühl (11 %) wird hingegen deutlich seltener als in allen

anderen Diagnosegruppen festgestellt. Der soziale Kontakt ist bei 47 % der Patienten in mittlerer und leichter Ausprägung vermindert.
29 % der Patienten lehnen die Behandlung ab. Aggressionstendenzen zeigen 24 % der Patienten, bei 12 % kommt es zu Aggressionshandlungen. Suizidtendenzen und Suizidhandlungen kommen nicht vor. Eine Verminderung oder Steigerung der Sexualität findet man nicht. Bei keinem der Patienten wird die Beschäftigung (z.B. in der Beschäftigungstherapie) durch die Krankheit erschwert - im Gegensatz zu den anderen Diagnosegruppen.

Somatischer Befund

SCHLAFSTÖRUNGEN sind deutlich seltener als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. Sie sind vorwiegend mittelschwer ausgeprägt. Durchschlafstörungen und eine Verkürzung der Schlafdauer zeigen je 29 %, Einschlafstörungen 24 % der Patienten.

APPETENZSTÖRUNGEN sind selten. Eine Appetitverminderung liegt leicht ausgeprägt bei 18 % der Patienten vor.

VEGETATIVE SYMPTOME sind selten. Sie treten auf in Form von Herzsensationen leichter Ausprägung (18 % der Patienten), Diarrhöen schwerer Ausprägung (12 %), Akkommodationsstörungen, Frösteln und Hypersalivation (je 12 %). "Kopfdruck" o.ä., ein in allen anderen Diagnosegruppen regelmäßig auftretendes Symptom, findet man bei der akuten schizophrenen Episode nicht.

NEUROLOGISCHE SYMPTOME kommen nicht vor.

2.5 Diagnosegruppe 5: Schizophrene Rest- und Defektzustände

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde die Diagnose schizophrener Rest- und Defektzustand bei 32 von 1750 Patienten gestellt. Damit beträgt die Häufigkeit dieser Diagnosen in der Klinikpopulation 1.8 %. In der Gruppe der nichtorganischen Psychosen beträgt ihr Anteil 3.5 % (siehe Tab. 0.1), in der Gruppe der schizophrenen Psychosen 7.0 %.

2.5.1 Geschlechterverteilung (Tab. 2.5.1)

Von den Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen sind 47 % Männer und 53 % Frauen, die Relation von Männern zu Frauen beträgt 1 : 1.1.

2.5.2 Altersverteilung (Abb. 2.5.2 - 1/2)

Das Lebensalter der Patienten betrug zwischen 27 und 71 Jahre. Die Altersverteilungskurve zeigt , daß drei Viertel der Patienten der Altersgruppe 25 bis 49 Jahre angehören und die größte Häufung zwischen 40 und 49 Jahren liegt. Ein Viertel der Patienten ist älter als 49 Jahre. In dieser Altersgruppe ab 50 Jahre beträgt der Anteil der Frauen 88 %. In der Altersgruppe zwischen 25 und 49 Jahren überwiegt hingegen das männliche Geschlecht.
Das Durchschnittsalter der Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen beträgt 44.8 Jahre. Frauen haben mit 48.4 Jahren ein deutlich höheres Durchschnittsalter als Männer mit 40.7 Jahren.

2.5.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik (Abb. 2.5.3)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten betrug zwischen einem und 210 Tage. Die Verteilungskurve zeigt für die Mehrzahl der Patienten Aufenthaltszeiten bis 89 Tage

mit einem Häufigkeitsgipfel zwischen 30 und 49 Tagen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt für alle Patienten 47 Tage, für Männer 48 Tage und für Frauen 46 Tage.

2.5.4 Symptomatik (Tab. 2.5.4 und Tab. 0.5)

Psychischer Befund

BEWUßTSEINSSTÖRUNGEN treten nicht auf.

ORIENTIERUNGSSTÖRUNGEN sind sehr selten. 6 % der Patienten zeigen Orientierungsstörungen bezüglich ihrer eigenen Person in leichter Ausprägung.

Die Häufigkeit von AUFMERKSAMKEITS- UND GEDÄCHTNIS-STÖRUNGEN entspricht weitgehend dem Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. Konzentrationsstörungen sind seltener als in den anderen Diagnosegruppen. Man findet sie bei 34 % der Patienten in leichter oder mittlerer Ausprägung.

FORMALE DENKSTÖRUNGEN sind sehr häufig. Sie sind vorwiegend mittelschwer ausgeprägt. Eingeengtes und verlangsamtes Denken sowie Vorbeireden findet man bei schizophrenen Restzuständen häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen. Eingeengtes Denken zeigen 44 %, verlangsamtes Denken und Vorbeireden je 41 % der Patienten. Umständlich denken 34 % der Patienten. Inkohärentes/zerfahrenes Denken tritt bei 31 % der Patienten in mittlerer oder schwerer Ausprägung auf. Beschleunigtes Denken kommt bei 18 % der Patienten vor und ist damit deutlich seltener als verlangsamtes Denken.

ÜBERWERTIGE IDEEN, ZWÄNGE UND PHOBIEN findet man bei weniger als 10 % der Fälle.

Die Häufigkeit von WAHNSYMPTOMEN entspricht etwa dem Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. In vorwiegend leichter Ausprägung findet man Wahndynamik bei 31 % der Patienten, Wahneinfälle/Wahngedanken bei 28 %, Wahnstimmung bei 25 % und Wahnwahrnehmungen bei 19 % der Patienten. Häufiger als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen beobachtet man einen Beziehungswahn (34 % der Patienten) und einen systematisierten Wahn (28 %). Die Ausprägungen sind überwiegend mittelschwer. Ein Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn mittlerer Ausprägung liegt bei 31 % der Patienten vor. Daneben findet man vorwiegend leicht ausgeprägt einen hypochondrischen Wahn bei 13 % und einen Größenwahn bei 6 % der Patienten.

SINNESTÄUSCHUNGEN vor allem akustischer Art sind häufiger als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. Von Stimmenhören sind 25 % der Patienten betroffen, von anderen akustischen Halluzinationen 19 % der Patienten. Die Ausprägungen sind jeweils mittelschwer. Körperhalluzinationen haben 16 % der Patienten in überwiegend leichter Ausprägung.

ICH- UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN: An häufigen Störungen findet man: Gedankeneingebung bei 22 % der Patienten, Gedankenausbreitung bei 19 % und sonstige Fremdbeeinflussungserlebnisse bei 19 % der Patienten. Die Ausprägungen sind vorwiegend mittelschwer.

VERSTIMMUNGEN UND GEFÜHLSSTÖRUNGEN: Bei schizophrenen Restzuständen beobachtet man häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen ein gefühlsverarmtes/affektarmes oder affektstarres Verhalten. Gefühlsverarmt/affektarm sind 47 % und affektstarr 41 % der Patienten in meist mittlerer Ausprägung. Eine deprimiert/traurige Verstimmung kommt bei 47 % der Patienten in über-

wiegend mittlerer Ausprägung vor. Gespannt wirken 38 % und affektiv inadäquat 28 % der Patienten in meist mittlerer Ausprägung. Seltener als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen findet man innere Unruhe (44 % der Patienten), Ängstlichkeit (22 %), Ratlosigkeit (22 %), Insuffizienzgefühl (16 %), Schuldgefühl (6 %) oder eine gehobene euphorische Stimmungslage (6 %). Die Ausprägungen dieser Störungen sind vorwiegend leicht.

Das einzige häufige Symptom aus der Gruppe der PSYCHOMOTORISCHEN STÖRUNGEN ist das Symptom antriebsarm. Man beobachtet antriebsarmes Verhalten häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen, nämlich bei 56 % der Patienten in leichter und mittlerer Ausprägung. Seltener hingegen findet man motorische Unruhe (13 % der Fälle) und eine Antriebssteigerung (6 %).

VERLAUFSBESONDERHEITEN kommen nicht vor.

STÖRUNGEN DES TRIEB- UND SOZIALVERHALTENS sind häufig und meist mittelschwer ausgeprägt. Verminderte soziale Kontakte findet man bei 50 % der Patienten, vermehrte Kontakte kommen nicht vor. 44 % der Patienten zeigen einen Mangel an Krankheitseinsicht. Krankheitsgefühl liegt bei 44 % der Patienten vor. Einen Mangel an Krankheitsgefühl von meist leichter Ausprägung stellt man bei 31 % der Patienten fest. Aggressionstendenzen zeigen 16 %, Aggressionshandlungen 9 % der Patienten (davon 6 % in schwerer Ausprägung). Suizidtendenzen sind selten (9 % der Patienten), Suizidhandlungen kommen nicht vor.
Die Sexualität ist bei schizophrenen Restzuständen häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen vermindert (31 % der Patienten). Bei 19 % der Patienten ist die Sexualität in der Ausprägung "schwer" vermindert. Die Beschäftigung ist bei 19 % der Patienten erschwert.

Somatischer Befund

SCHLAFSTÖRUNGEN sind bei schizophrenen Rest- und Defektzuständen etwas seltener als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. Am häufigsten findet man Durchschlafstörungen (bei 50 % der Patienten) und Einschlafstörungen (bei 38 %) in meist mittlerer Ausprägung. Die Schlafdauer ist bei 25 % der Patienten verkürzt; dieses Symptom ist vorwiegend schwer ausgeprägt.

APPETENZSTÖRUNGEN: Bei 31 % der Patienten liegt eine meist mittelschwer ausgeprägte Appetitverminderung vor.

VEGETATIVE SYMPTOME sind selten. Sie sind leicht oder mittel ausgeprägt. Als häufigste Störungen findet man Obstipation bei 16 % der Patienten sowie Schwindel, "Kopfdruck" o.ä. und Mundtrockenheit bei 13 % der Patienten.

An NEUROLOGISCHEN SYMPTOMEN wird bei 16 % der Patienten ein erhöhter Muskeltonus in vorwiegend mittlerer Ausprägung festgestellt.

2.6 Diagnosegruppe 6: Schizoaffektive Psychose

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde die Diagnose schizoaffektive Psychose bei 153 von 1750 Patienten gestellt. Damit beträgt die Häufigkeit der schizoaffektiven Psychose in der Klinikpopulation 8.7 %. In der Gruppe der nichtorganischen Psychosen beträgt ihr Anteil 16.7 % (siehe Tab. 0.1), in der Gruppe der schizophrenen Psychosen 33.6 %.

2.6.1 Geschlechtsverteilung (Tab. 2.6.1 und Tab. 0.2)

Von den Patienten mit schizoaffektiver Psychose sind 27 % Männer und 73 % Frauen. Bei Frauen wird die Diagnose 2,7 mal häufiger gestellt als bei Männern. Bei der schizoaffektiven Psychose ist der Anteil der Frauen am Patientengut im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen am höchsten (siehe Tab. 0.2).

2.6.2 Altersverteilung (Abb. 2.6.2 - 1/2)

Das Lebensalter der Patienten betrug zwischen 16 und 67 Jahre. Die Altersverteilungskurve zeigt eine Häufigkeitszunahme zwischen 15 und 29 Jahren, einen breiten Häufigkeitsgipfel zwischen 30 und 44 Jahren und rasch abnehmende Häufigkeiten zwischen 45 und 69 Jahren. Die Altersverteilung bei Männern und Frauen ist bis zu 44 Jahren annähernd gleich. In der Altersgruppe ab 45 Jahre überwiegt das weibliche Geschlecht erheblich, selbst wenn man dessen hohen Anteil am Patientengut berücksichtigt.
Das Durchschnittsalter der Patienten mit schizoaffektiver Psychose beträgt 35.5 Jahre. Frauen haben mit 36.6 Jahren ein höheres Durchschnittsalter als Männer mit 32.4 Jahren.

2.6.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik (Abb. 2.6.3)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten betrug zwischen einem und 210 Tage. Die Verteilungskurve zeigt für die Mehrzahl

der Patienten Aufenthaltszeiten bis 79 Tage, einen Häufigkeitsgipfel zwischen 20 und 29 Tagen und nur zögernd abnehmende Häufigkeiten bis zu 79 Tagen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt für alle Patienten 46 Tage, für Männer 44 Tage und für Frauen 47 Tage.

2.6.4 Symptomatik (Tab. 2.6.4 und Tab. 0.5)

Psychischer Befund

BEWUßTSEINSSTÖRUNGEN treten sehr selten auf.

ORIENTIERUNGSSTÖRUNGEN sind selten. 10 % der Patienten zeigen situative und 8 % zeitliche Orientierungsstörungen in leichter oder mittlerer Ausprägung.

Die Häufigkeit von AUFMERKSAMKEITS- UND GEDÄCHTNIS-STÖRUNGEN liegt etwas über dem Durchschnitt bei nicht-organischen Psychosen. Die Störungen sind meist mittel-schwer ausgeprägt. Konzentrationsstörungen sind bei 59 % und Merkfähigkeitsstörungen bei 31 % der Patienten vor-handen. Auffassungsstörungen haben 30 % der Patienten.

FORMALE DENKSTÖRUNGEN sind häufig und überwiegend mittel-schwer ausgeprägt. Deutlich häufiger als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen trifft man auf inkohärentes/ zerfahrenes Denken (47 % der Patienten), Vorbeireden (39 %) und beschleunigtes/ideenflüchtiges Denken (34 %). Verlangsamtes Denken findet man in 30 % der Fälle. Alle anderen Denkstörungen treten ebenfalls auf; ihre Häufig-keit beträgt zwischen 10 und 22 % der Fälle (siehe Tab. 0.5).

ÜBERWERTIGE IDEEN, ZWÄNGE UND PHOBIEN sind selten. Über-wertige Ideen treten in vorwiegend schwerer Ausprägung bei 17 % der Patienten auf. Zwänge und Phobien findet man bei weniger als 6 % der Patienten.

Die Häufigkeit von WAHNSYMPTOMEN liegt leicht über dem Durchschnitt bei nichtorganischen Psychosen. Die Ausprägung der Wahnsymptome ist vorwiegend mittelschwer. Man findet Wahnstimmung bei 42 % und Wahneinfälle/ Wahngedanken bei 39 % der Patienten. Wahndynamik liegt bei 27 % der Patienten vor. Wahnwahrnehmungen haben 22 % der Patienten. Die am häufigsten beobachteten Wahnformen sind der Beziehungswahn bei 31 % und der Beeinträchtigungs-/ Verfolgungswahn bei 29 % der Patienten. Seltene Wahnformen sind der Größenwahn (10 % der Patienten), der systematisierte Wahn (9 %) und der Schuldwahn (4 %).

SINNESTÄUSCHUNGEN kommen vor, sind aber nicht häufiger als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. Stimmenhören findet man bei 16 % der Patienten, meist in mittlerer Ausprägung.

ICH- UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN sind eher selten. Ihre Ausprägung ist überwiegend mittelschwer. Bei 15 % der Patienten zeigen sich Störungen der Ichidentität. Sonstige Fremdbeeinflussungserlebnisse treten bei 10 % der Patienten auf.

VERSTIMMUNGEN UND GEFÜHLSSTÖRUNGEN sind sehr häufig und im allgemeinen mittelschwer ausgeprägt. Vergleicht man die schizoaffektiven Psychosen mit den anderen Schizophrenieformen, so findet man die folgenden Symptome hier mit am häufigsten: Innerlich unruhig, ratlos, ängstlich, deprimiert/traurig, gehoben/euphorisch und affektlabil. Für die Gruppe der Schizophrenien vergleichsweise selten beobachtet man mißtrauisches/feindseliges Verhalten (17 % der Fälle) und das Symptom gefühlsverarmt/affektarm (10 % der Fälle).
Innerlich unruhig wirken 59 % der Patienten. Ratlosigkeit findet man bei 56 % der Patienten in vorwiegend schwerer Ausprägung. Ängstlich erscheinen 55 % und deprimiert/ traurig 45 % der Patienten. Gespannt wirken 56 % und

affektiv inadäquat 31 % der Patienten. Die Grundstimmung ist in 30 % der Fälle gehoben/euphorisch, in 18 % der Fälle mürrisch-gereizt/dysphorisch. Insuffizienzgefühle meist mittlerer oder schwerer Ausprägung treten bei 24 % der Patienten auf. Affektlabiles Verhalten zeigen 20 % der Patienten.

PSYCHOMOTORISCHE STÖRUNGEN: Erheblich häufiger als bei anderen schizophrenen Psychosen findet man eine Steigerung des Antriebs. 44 % der Patienten weisen sie auf, die Ausprägung ist meist mittelschwer. Motorische Unruhe beobachtet man bei 46 % der Patienten in überwiegend mittlerer Ausprägung. Antriebsarmes Verhalten zeigen 29 % der Patienten, wobei die schwer ausgeprägten Fälle überwiegen. 16 % der Patienten wirken logorrhoisch in vorwiegend mittlerer Ausprägung.

VERLAUFSBESONDERHEITEN: Eine leicht oder mittel ausgeprägte abendliche Besserung findet man bei 15 % der Patienten.

STÖRUNGEN DES TRIEB- UND SOZIALVERHALTENS sind - bezogen auf sämtliche Diagnosegruppen - nur durchschnittlich häufig. Die Ausprägungen sind vorwiegend mittelschwer. Etwas häufiger als im Durchschnitt findet man vermehrte soziale Kontakte (15 % der Patienten). Verminderte Kontakte beobachtet man bei 40 % der Patienten. Ein Krankheitsgefühl liegt bei 37 % der Patienten vor, ein Mangel an Krankheitsgefühl bei 24 %. Mangelnde Krankheitseinsicht zeigen 35 % der Patienten. Aggressionstendenzen meist leichter oder mittlerer Ausprägung beobachtet man bei 11 % der Patienten, bei 6 % kommt es zu Aggressionshandlungen. Suizidtendenzen aller Ausprägungsgrade findet man bei 16 % der Patienten, bei 3 % kommt es zu Suizidhandlungen. Die Sexualität ist in 10 % der Fälle vermindert und in 6 % der Fälle gesteigert. Die Beschäftigung ist bei 21 % der Patienten erschwert, bei der Hälfte davon in schwer ausgeprägter Form.

Somatischer Befund

SCHLAFSTÖRUNGEN sind äußerst häufig. Sie sind überwiegend mittelschwer ausgeprägt. Durchschlafstörungen treten bei 78 % und Einschlafstörungen bei 67 % der Patienten auf. Die Schlafdauer ist bei 40 % der Patienten verkürzt.

APPETENZSTÖRUNGEN: Bei 40 % der Patienten findet man eine Verminderung des Appetits von meist mittlerer Ausprägung. Bei 10 % der Patienten ist der Appetit vermehrt bei überwiegend leichter Ausprägung.

VEGETATIVE SYMPTOME sind selten und in der Regel leicht ausgeprägt. Die häufigsten Störungen sind Schwitzen (11 % der Patienten),"Kopfdruck" o.ä. und Obstipation (10 %).

NEUROLOGISCHE SYMPTOME treten sehr selten auf.

2.7 Diagnosegruppe 7: Depressive affektive Psychosen

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurden die in dieser Gruppe zusammengefaßten Diagnosen (depressive affektive Psychosen einschließlich der reaktiven affektiven Psychose) bei 291 von 1750 Patienten gestellt. Damit beträgt die Häufigkeit der depressiven affektiven Psychosen in der Klinikpopulation 16.6 %. In der Gruppe der nichtorganischen Psychosen beträgt ihr Anteil 31.7 % (siehe Tab. 0.1), in der Gruppe der affektiven Psychosen 73.2 %.

2.7.1 Geschlechtsverteilung (Tab. 2.7.1)

Von den Patienten mit depressiven affektiven Psychosen sind 70 % Frauen und 30 % Männer. Bei Frauen wird die Diagnose 2,3 mal häufiger gestellt als bei Männern.

2.7.2 Altersverteilung (Abb. 2.7.2 - 1/2 und Tab. 0.3)

Das Lebensalter der Patienten betrug zwischen 19 und 86 Jahre. Die Altersverteilungskurve zeigt eine stetige Häufigkeitszunahme zwischen 20 und 44 Jahren, einen breiten Gipfel zwischen 45 und 69 Jahren und rasch abnehmende Häufigkeiten zwischen 70 und 79 Jahren. Der Altersgruppe zwischen 45 und 69 Jahre gehören 61 % der Patienten an.
Die Altersverteilung bei Männern und Frauen unterscheidet sich kaum. Bei den weiblichen Patienten findet man einen deutlichen Häufigkeitsgipfel zwischen 50 und 69 Jahren. Bei den männlichen Patienten überwiegt die Altersgruppe zwischen 45 und 79 Jahren ohne erkennbaren Häufigkeitsgipfel.
Das Durchschnittsalter der Patienten mit depressiven affektiven Psychosen ist mit 53.7 Jahren das zweithöchste unter allen Diagnosegruppen. Die weiblichen Patienten haben mit 54.3 Jahren ein geringfügig höheres Durchschnittsalter als die männlichen mit 52.3 Jahren.

2.7.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik (Abb. 2.7.3)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten betrug zwischen einem und 260 Tage. Die Verteilungskurve zeigt für die Mehrzahl der Patienten Aufenthaltszeiten bis 119 Tage, wobei die größte Häufung zwischen 20 und 79 Tagen und der Häufigkeitsgipfel zwischen 30 und 59 Tagen liegt.
Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt für alle Patienten 49 Tage, für Männer 47 Tage und für Frauen 50 Tage.

2.7.4 Symptomatik (Tab. 2.7.4 und Tab. 0.5)

Psychischer Befund

BEWUßTSEINSSTÖRUNGEN treten nicht auf.

ORIENTIERUNGSSTÖRUNGEN sind sehr selten und überwiegend leicht ausgeprägt.

AUFMERKSAMKEITS- UND GEDÄCHTNISSTÖRUNGEN sind meist leicht ausgeprägt und damit etwas häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen. Konzentrationsstörungen zeigen 49 % der Patienten. Auffassungsstörungen sind gegenüber den schizophrenen Psychosen deutlich seltener (13 % der Patienten).

An FORMALEN DENKSTÖRUNGEN treten im wesentlichen drei häufige Störungen auf, die leicht und mittel ausgeprägt vorkommen: Verlangsamtes Denken (38 % der Patienten), eingeengtes Denken (29 %) und gehemmtes Denken (23 %). Man vermißt einzelne Denkstörungen, die in nahezu allen anderen Diagnosegruppen mit Ausnahme der paranoiden Syndrome regelmäßig auftreten. Dazu zählen inkohärentes/zerfahrenes Denken, beschleunigtes/ideenflüchtiges Denken, Vorbeireden und Gedankenabreißen.

ÜBERWERTIGE IDEEN, ZWÄNGE UND PHOBIEN sind sehr selten und vorwiegend leicht ausgeprägt. Hypochondrie (nicht wahnhaft) findet man etwas häufiger als in den anderen Diagnosegruppen. Dieses Symptom tritt bei 17 % der Patienten in meist mittlerer Ausprägung auf.

Die Häufigkeit von WAHNSYMPTOMEN liegt erheblich unter dem Durchschnitt bei nichtorganischen Psychosen. Selbst das häufigste Symptom, der Schuldwahn, findet sich nur in 11 % der Fälle und vornehmlich in leichter Ausprägung. Andere Wahnformen sind der Verarmungswahn (7 % der Patienten, mittel ausgeprägt) und der hypochondrische Wahn (4 % der Patienten, meist stark ausgeprägt). Keine Bedeutung haben - wie bei allen affektiven Psychosen - der Beein-

2.7.1 Geschlechtsverteilung (Tab. 2.7.1)

Von den Patienten mit depressiven affektiven Psychosen sind 70 % Frauen und 30 % Männer. Bei Frauen wird die Diagnose 2,3 mal häufiger gestellt als bei Männern.

2.7.2 Altersverteilung (Abb. 2.7.2 - 1/2 und Tab. 0.3)

Das Lebensalter der Patienten betrug zwischen 19 und 86 Jahre. Die Altersverteilungskurve zeigt eine stetige Häufigkeitszunahme zwischen 20 und 44 Jahren, einen breiten Gipfel zwischen 45 und 69 Jahren und rasch abnehmende Häufigkeiten zwischen 70 und 79 Jahren. Der Altersgruppe zwischen 45 und 69 Jahre gehören 61 % der Patienten an.
Die Altersverteilung bei Männern und Frauen unterscheidet sich kaum. Bei den weiblichen Patienten findet man einen deutlichen Häufigkeitsgipfel zwischen 50 und 69 Jahren. Bei den männlichen Patienten überwiegt die Altersgruppe zwischen 45 und 79 Jahren ohne erkennbaren Häufigkeitsgipfel.
Das Durchschnittsalter der Patienten mit depressiven affektiven Psychosen ist mit 53.7 Jahren das zweithöchste unter allen Diagnosegruppen. Die weiblichen Patienten haben mit 54.3 Jahren ein geringfügig höheres Durchschnittsalter als die männlichen mit 52.3 Jahren.

2.7.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik (Abb. 2.7.3)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten betrug zwischen einem und 260 Tage. Die Verteilungskurve zeigt für die Mehrzahl der Patienten Aufenthaltszeiten bis 119 Tage, wobei die größte Häufung zwischen 20 und 79 Tagen und der Häufigkeitsgipfel zwischen 30 und 59 Tagen liegt.
Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt für alle Patienten 49 Tage, für Männer 47 Tage und für Frauen 50 Tage.

2.7.4 Symptomatik (Tab. 2.7.4 und Tab. 0.5)

Psychischer Befund

BEWUßTSEINSSTÖRUNGEN treten nicht auf.

ORIENTIERUNGSSTÖRUNGEN sind sehr selten und überwiegend leicht ausgeprägt.

AUFMERKSAMKEITS- UND GEDÄCHTNISSTÖRUNGEN sind meist leicht ausgeprägt und damit etwas häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen. Konzentrationsstörungen zeigen 49 % der Patienten. Auffassungsstörungen sind gegenüber den schizophrenen Psychosen deutlich seltener (13 % der Patienten).

An FORMALEN DENKSTÖRUNGEN treten im wesentlichen drei häufige Störungen auf, die leicht und mittel ausgeprägt vorkommen: Verlangsamtes Denken (38 % der Patienten), eingeengtes Denken (29 %) und gehemmtes Denken (23 %). Man vermißt einzelne Denkstörungen, die in nahezu allen anderen Diagnosegruppen mit Ausnahme der paranoiden Syndrome regelmäßig auftreten. Dazu zählen inkohärentes/zerfahrenes Denken, beschleunigtes/ideenflüchtiges Denken, Vorbeireden und Gedankenabreißen.

ÜBERWERTIGE IDEEN, ZWÄNGE UND PHOBIEN sind sehr selten und vorwiegend leicht ausgeprägt. Hypochondrie (nicht wahnhaft) findet man etwas häufiger als in den anderen Diagnosegruppen. Dieses Symptom tritt bei 17 % der Patienten in meist mittlerer Ausprägung auf.

Die Häufigkeit von WAHNSYMPTOMEN liegt erheblich unter dem Durchschnitt bei nichtorganischen Psychosen. Selbst das häufigste Symptom, der Schuldwahn, findet sich nur in 11 % der Fälle und vornehmlich in leichter Ausprägung. Andere Wahnformen sind der Verarmungswahn (7 % der Patienten, mittel ausgeprägt) und der hypochondrische Wahn (4 % der Patienten, meist stark ausgeprägt). Keine Bedeutung haben - wie bei allen affektiven Psychosen - der Beein-

trächtigungs-/Verfolgungswahn und der Beziehungswahn (je 3 % der Patienten, meist leichte Ausprägungen) sowie der systematisierte Wahn (1 % der Patienten).
Wahnstimmung findet man überwiegend leicht ausgeprägt bei 7 % der Patienten. Noch seltener beobachtet man Wahneinfälle/Wahngedanken (5 % der Patienten), Wahndynamik (3 %) und Wahnwahrnehmungen (1 %). Diese Störungen sind vorwiegend mittel ausgeprägt.

SINNESTÄUSCHUNGEN treten nicht auf.

ICH- UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN, einschließlich Ichidentitätsstörungen und Autismus, vermißt man so gut wie vollständig.

VERSTIMMUNGEN UND GEFÜHLSSTÖRUNGEN stehen ihrer Häufigkeit nach ganz im Vordergrund der Symptomatik bei depressiven affektiven Psychosen. Viele Symptome treten im Vergleich zu allen anderen Diagnosegruppen mit Abstand häufiger auf. Dazu zählen in erster Linie: Eine deprimiert/traurige Verstimmung (86 % der Patienten), eine Störung der Vitalgefühle (58 %), Insuffizienzgefühl (59 %), Hoffnungslosigkeit/Verzweiflung (57 %) und Schuldgefühl (40 %). Die Häufigkeit dieser Symptome liegt mehr als 20 % über dem Durchschnitt bei nichtorganischen Psychosen. Gleichzeitig sind diese Symptome bei den depressiven affektiven Psychosen mehr als 20 % häufiger als in jeder anderen Diagnosegruppe. Deren Ausprägung ist meist mittel oder schwer. Schuldgefühle liegen vorwiegend schwer ausgeprägt vor.
Affektive Symptome, die bei der hier betrachteten Diagnosegruppe häufiger als in allen anderen auftreten, allerdings mit geringerem Abstand,sind: Innere Unruhe (65 % der Patienten), Ängstlichkeit (65 %), klagsames/jammeriges Verhalten (34 %), Gefühl der Gefühllosigkeit (18 %) und Verarmungsgefühl (13 %). Die Ausprägung dieser Symptome

ist überwiegend mittelschwer. Ein klagsames/jammeriges Verhalten tritt am häufigsten in leichter und in schwerer Ausprägung auf.
Ratlosigkeit und die meisten der sonstigen Störungen der Affektivität treten nur durchschnittlich häufig auf. Ratlos verhalten sich 41 % der Patienten, affektstarr 21 % und gefühlsverarmt/affektarm 19 % der Patienten in vorwiegend mittlerer Ausprägung. Affektlabiles Verhalten (11 % der Patienten) und Affektinkontinenz (6 %) kommen meist leicht oder mittel ausgeprägt vor. Ambivalenz liegt bei 10 % der Patienten vor, am häufigsten in leichter und in schwerer Ausprägung. Ein affektiv inadäquates Verhalten ist selten (5 %).
Etwas seltener als in den anderen Diagnosegruppen erscheinen die Symptome gespannt (24 %) und mißtrauisch/feindselig (14 %) bei vorwiegend leichter Ausprägung dieser Störungen. Die Grundstimmung ist in 10 % der Fälle mürrisch-gereizt/dysphorisch (bei überwiegend leichter Ausprägung) und nahezu nie gehoben/euphorisch.

Von den PSYCHOMOTORISCHEN STÖRUNGEN beobachtet man lediglich zwei Störungen in nennenswerter Häufigkeit. Über die Hälfte der Patienten (54 %) wirken antriebsarm und ein Drittel (34 %) antriebsgehemmt bei überwiegend mittleren Ausprägungen. Antriebsgehemmtes Verhalten findet sich bei depressiven affektiven Psychosen häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen. Im Vergleich zum Durchschnitt bei nichtorganischen Psychosen zeigt sich selten motorische Unruhe (21 % der Patienten), Antriebssteigerung (10 %) und logorrhoisches Verhalten (3 %), die Ausprägungen sind leicht und mittel.

Als VERLAUFSBESONDERHEIT stellt man bei 56 % der Patienten eine abendliche Besserung fest. Sie ist meist mittel oder auch leicht ausgeprägt.

STÖRUNGEN DES TRIEB- UND SOZIALVERHALTENS sind sehr häufig. Krankheitsgefühl kommt bei 63 % der Patienten in vorwiegend mittlerer, aber auch in schwerer Ausprägung vor und ist damit häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen. Seltener hingegen findet man mangelndes Krankheitsgefühl (5 % der Patienten) und mangelnde Krankheitseinsicht (15 %) vorwiegend in mittlerer Ausprägung, sowie eine Ablehnung der Behandlung (7 %) in leichter oder mittlerer Ausprägung.
Verminderte soziale Kontakte beobachtet man bei 52 % der Patienten, meist in mittlerer Ausprägung. Vermehrte Kontakte treten nicht auf. Aggressionstendenzen fehlen fast vollständig, zu Aggressionshandlungen kommt es bei keinem der Patienten. Suizidtendenzen sind deutlich häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen, man findet sie bei 39 % der Patienten. Die Ausprägung von Suizidtendenzen ist in der Hälfte der Fälle leicht, bei einem Drittel der Fälle mittelschwer und bei einem Viertel schwer. Suizidhandlungen (8 % der Patienten) sind bei depressiven affektiven Psychosen nicht wesentlich häufiger als in den anderen Diagnosegruppen. Deren Ausprägung ist in der Regel schwer. Eine Verminderung der Sexualität findet man bei 20 % der Patienten, überwiegend in schwerer und mittlerer Ausprägung. Gesteigerte Sexualität tritt nicht auf. Die Beschäftigung ist bei 18 % der Patienten erschwert; die Ausprägung ist meist schwer.
Nur äußerst selten sind die Patienten pflegebedürftig im Sinne von Bettlägerigkeit, Unselbständigkeit bei der Körperpflege oder bei der Nahrungsaufnahme.

Somatischer Befund

SCHLAFSTÖRUNGEN sind etwas häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen. Sie sind überwiegend mittelschwer ausgeprägt. Durchschlafstörungen treten bei 79 % und Einschlaf-

störungen bei 71 % der Patienten auf. Die Schlafdauer ist bei 40 % der Patienten verkürzt. Müdigkeit zeigen 29 % der Patienten.

APPETENZSTÖRUNGEN: Eine Verminderung des Appetits findet man bei depressiven affektiven Psychosen erheblich häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen. Eine Appetitverminderung kommt bei 67 % der Patienten in vorwiegend mittlerer Ausprägung vor.

VEGETATIVE SYMPTOME beobachtet man etwas häufiger als in den anderen Diagnosegruppen. Meist mittel oder leicht ausgeprägt findet man: Obstipation (27 % der Patienten), "Kopfdruck" o.ä. (21 %) und Hitzegefühl (11 %). Vorwiegend leicht ausgeprägt findet man: Schwitzen (23 %), Mundtrockenheit (22 %), Herzsensationen (16 %), Schwindel (15 %) und Übelkeit (11 %).

NEUROLOGISCHE SYMPTOME sind sehr selten und überwiegend leicht ausgeprägt.

2.8 Diagnosegruppe 8: Manie im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose oder einer periodischen Manie

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde die Diagnose Manie bei 33 von 1750 Patienten gestellt. Damit beträgt die Häufigkeit der manischen Psychose in der Klinikpopulation 1.9 %. In der Gruppe der nichtorganischen Psychosen beträgt ihr Anteil 3.6 % (siehe Tab. 0.1), in der Gruppe der affektiven Psychosen 8.6 %.

2.8.1 Geschlechtsverteilung (Tab. 2.8.1)

Von den manischen Patienten sind 52 % Männer und 48 % Frauen. Die Geschlechterrelation beträgt somit 1.1 : 1.

2.8.2 Altersverteilung (Abb. 2.8.2 - 1/2)

Das Lebensalter der Patienten betrug zwischen 19 und 60 Jahre. Die Altersverteilungskurve zeigt die höchsten Fallzahlen in der Altersgruppe 20 bis 39 Jahre, der 64 % der Patienten angehören. Der Häufigkeitsgipfel liegt zwischen 30 und 34 Jahren. Zwischen 50 und 64 Jahren erkennt man nochmals höhere Fallzahlen, dieser Altersgruppe gehören 24 % der Patienten an.
Bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen findet man eine im Grunde gleiche Altersverteilung.
Das Durchschnittsalter der manischen Patienten beträgt 37.3 Jahre. Das Durchschnittsalter von Männern und Frauen unterscheidet sich geringfügig: Männer 36.6 Jahre, Frauen 38.1 Jahre.

2.8.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik (Abb. 2.8.3)

Die Aufenthaltsdauer manischer Patienten betrug zwischen drei und 100 Tage. Die Verteilungskurve zeigt überwiegend Aufenthaltszeiten bis 69 Tage und einen zweigipfeligen Verlauf. Die Gipfel erkennt man bei Aufenthaltszeiten von zehn bis 29 Tagen und von 60 bis 69 Tagen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist mit 38 Tagen die drittkürzeste von allen Diagnosegruppen. Für Männer beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 41 Tage, für Frauen 35 Tage.

2.8.4 Symptomatik (Tab. 2.8.4 und Tab. 0.5)

BEWUßTSEINSSTÖRUNGEN sind sehr selten. Eine leichte ausgeprägte Bewußtseinsstörung findet man bei 3 % der Patienten.

ORIENTIERUNGSSTÖRUNGEN sind im Vergleich zum Durchschnitt bei nichtorganischen Psychosen geringfügig häufiger. Sie sind vorwiegend leicht ausgeprägt. 15 % der Patienten haben zeitliche, 12 % örtliche und 12 % situative Orientierungsstörungen.

Die Häufigkeit von AUFFASSUNGS- UND GEDÄCHTNISSTÖRUNGEN entspricht weitgehend dem Durchschnitt bei nichtorganischen Psychosen. Die Ausprägung ist meist mittelschwer. Etwas häufiger treten Konzentrationsstörungen auf (61 % der Patienten).

FORMALE DENKSTÖRUNGEN: Häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen findet man beschleunigtes/ideenflüchtiges Denken (85 % der Patienten) und inkohärentes/zerfahrenes Denken (48 %). Die Ausprägungen sind vorwiegend mittelschwer. Vorbeireden in leichter oder mittlerer Ausprägung beobachtet man bei 30 % der Patienten. Alle sonstigen formalen Denkstörungen findet man nur selten, in den meisten Fällen sogar seltener als in allen anderen Diagnosegruppen. So zeigt keiner der Patienten verlangsamtes, gehemmtes oder gesperrtes Denken. Eingeengtes oder umständliches Denken beobachtet man nur in Einzelfällen und in leichter Ausprägung.

ÜBERWERTIGE IDEEN meist schwerer Ausprägung zeigen 18 % der Patienten.

ZWÄNGE UND PHOBIEN treten nicht auf.

Die Häufigkeit von WAHNSYMPTOMEN liegt - mit Ausnahme des Größenwahns - erheblich unter dem Durchschnitt bei nichtorganischen Psychosen. Nur in Einzelfällen und in überwiegend leichter Ausprägung findet man Wahnstimmung, Wahndynamik, Wahnwahrnehmungen und Wahneinfälle/Wahngedanken.
Ein Größenwahn tritt bei 18 % der Patienten in meist leichter oder mittlerer Ausprägung auf, ein Beziehungswahn bei 6 % der Patienten. Weitere Wahnformen kommen nicht vor.

SINNESTÄUSCHUNGEN sowie ICH- UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN beobachtet man bei keinem der Patienten.

VERSTIMMUNGEN UND GEFÜHLSSTÖRUNGEN bestehen in Form einiger weniger Symptome, die jedoch sehr häufig auftreten. So findet man häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen eine gehobene/euphorische Grundstimmung (79 % der Patienten) und ein gesteigertes Selbstwertgefühl (55 %) in allen Ausprägungen. Etwas häufiger stellt man auch affektlabiles Verhalten in leichter oder mittlerer Ausprägung fest (24 %). Eine mürrisch-gereizte/dysphorische Grundstimmung besteht bei 24 % der Patienten in vorwiegend schwerer Ausprägung. Innere Unruhe zeigen 61 % und Gespanntheit 27 % der Patienten in vorwiegend leichten und mittleren Ausprägungen. Ein ekstatisch-verzücktes Verhalten beobachtet man bei 12 % der Patienten in leichter Ausprägung. Alle übrigen Symptome treten größtenteils nicht oder nur in Einzelfällen auf und sind gleichzeitig seltener als in allen anderen Diagnosegruppen. Besonders deutlich ist der Häufigkeitsunterschied bei den hier seltenen Symptomen deprimiert/traurig, ängstlich, hoffnungslos/verzweifelt, Insuffizienzgefühl und ratlos.

PSYCHOMOTORISCHE STÖRUNGEN sind äußerst häufig und vorwiegend mittelschwer ausgeprägt. Man findet nur drei verschiedenartige Störungen, nämlich Antriebssteigerung (73 % der Patienten) motorische Unruhe (64 %) und Logorrhoe (30 %).

VERLAUFSBESONDERHEITEN kommen nicht vor, insbesondere keine abendliche Besserung.

STÖRUNGEN DES TRIEB- UND SOZIALVERHALTENS sind sehr häufig. 58 % der Patienten zeigen einen Mangel an Krankheitseinsicht, 48 % einen Mangel an Krankheitsgefühl in vorwiegend mittelschwerer, aber auch in schweren Ausprägungen. Krankheitsgefühl in überwiegend leichter Ausprägung liegt bei 27 % der Patienten vor. Die sozialen Kontakte sind - spiegelbildlich zu allen anderen Diagnosegruppen - bei 42 % der Patienten vermehrt und bei 18 % vermindert. Die Ausprägungen sind bei vermehrten Kontakten meist mittel oder schwer, bei verminderten eher leicht. Aggressionstendenzen beobachtet man häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen. Man findet sie bei 30 % der Patienten in allen Ausprägungsgraden. In 9 % der Fälle kommt es zu Aggressionshandlungen meist mittlerer Ausprägung. Suizidtendenzen und Suizidhandlungen kommen nicht vor. Spiegelbildlich zu allen anderen Diagnosegruppen verhält sich auch die Sexualität. Bei 24 % der Patienten ist die Sexualität gesteigert, aber bei keinem der Patienten vermindert. Die Ausprägung von gesteigerter Sexualität ist meist mittelschwer.

Somatischer Befund

SCHLAFSTÖRUNGEN sind sehr häufig und vorwiegend mittelschwer ausgeprägt. Eine Verkürzung der Schlafdauer findet man bei 64 % der Patienten und damit häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen. Durchschlafstörungen treten bei 67 % und Einschlafstörungen bei 64 % der Patienten auf.

APPETENZSTÖRUNGEN sind selten. 18 % der Patienten zeigen vermehrten Durst in vorwiegend mittelschwerer Ausprägung. Bei 15 % der Patienten ist der Appetit bei leichter Ausprägung vermindert.

VEGETATIVE SYMPTOME treten, abgesehen von meist mittelschwer ausgeprägten Herzsensationen (9 % der Patienten) nicht auf.

NEUROLOGISCHE SYMPTOME kommen nicht vor.

2.9 Diagnosegruppe 9: Zirkuläre Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde die Diagnose Zyklothymie bei 67 von 1750 Patienten gestellt. Damit beträgt die Häufigkeit der Zyklothymie in der Klinikpopulation 3.8 %. In der Gruppe der nichtorganischen Psychosen beträgt ihr Anteil 7.3 % (siehe Tab. 0.1), in der Gruppe der affektiven Psychosen 17.4 %.

2.9.1 Geschlechtsverteilung (Tab. 2.9.1)

Von den Patienten mit Zyklothymie sind 36 % Männer und 64 % Frauen. Bei Frauen wird die Diagnose 1,8 mal häufiger gestellt als bei Männern.

2.9.2 Altersverteilung (Abb. 2.9.2 - 1/2)

Das Lebensalter der Patienten betrug zwischen 21 und 74 Jahre. Die Altersverteilungskurve zeigt eine breite Streuung über sämtliche Alterstufen mit einem flachen Häufigkeitsgipfel zwischen 20 und 34 Jahren. Dieser

Altersgruppe gehören 40 % der Patienten an.
Die Altersverteilung bei Männern und Frauen ist im wesentlichen gleich. In der Altersgruppe unter 30 Jahren überwiegt allerdings das weibliche Geschlecht.
Das Durchschnittsalter der Patienten mit Zyklothymie beträgt 43.6 Jahre. Männer und Frauen haben ein gleich hohes Durchschnittsalter mit 43.3 bzw. 43.7 Jahren.

2.9.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik (Abb. 2.9.3)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten betrug zwischen einem und 120 Tage. Die Verteilungskurve zeigt überwiegend Aufenthaltszeiten bis 59 Tage mit einem Häufigkeitsgipfel zwischen 30 und 59 Tagen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt für alle Patienten 41 Tage, für Männer 37 Tage und für Frauen 42 Tage.

2.9.4 Symptomatik (Tab. 2.9.4 und Tab. 0.5)

Psychischer Befund

BEWUßTSEINSSTÖRUNGEN treten nicht auf.

ORIENTIERUNGSSTÖRUNGEN sind sehr selten. 6 % der Patienten zeigen örtliche und 6 % situative Orientierungsstörungen in überwiegend leichter Ausprägung.

Die Häufigkeit von AUFMERKSAMKEITS- UND GEDÄCHTNISSTÖRUNGEN liegt etwas unter dem Durchschnitt bei nichtorganischen Psychosen. Konfabulationen mittlerer und schwerer Ausprägung stellt man bei 10 % der Patienten fest.

FORMALE DENKSTÖRUNGEN sind häufig. Als häufigste Störung findet man beschleunigtes/ideenflüchtiges Denken in vorwiegend schwerer Ausprägung bei 45 % der Patienten. Verlangsamtes Denken zeigen 33 % der Patienten in überwiegend leichter Ausprägung. Inkohärentes/zerfahrenes Denken tritt bei 30 % der Patienten in meist mittlerer

Ausprägung auf. Umständliches Denken leichter Ausprägung findet man bei 22 % der Patienten. Deutlich seltener als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen ist das Denken gehemmt oder eingeengt. Gesperrtes Denken tritt nicht auf.

ÜBERWERTIGE IDEEN zeigen 13 % der Patienten in mittelschwerer Ausprägung. ZWÄNGE und PHOBIEN kommen nicht vor.

Die Häufigkeit von WAHNSYMPTOMEN liegt erheblich unter dem Durchschnitt bei nichtorganischen Psychosen. Kein Symptom findet sich häufiger als in 10 % der Fälle. In vorwiegend mittelschwerer Ausprägung findet man Wahneinfälle/Wahngedanken bei 10 % und Wahnstimmung bei 9 % der Patienten. Wahndynamik liegt leicht ausgeprägt bei 7 % der Patienten vor. An Wahnformen kommen vor: Ein Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn in 9 % und ein Beziehungswahn in 6 % der Fälle. Die Ausprägungen sind meist mittelschwer.

SINNESTÄUSCHUNGEN findet man bei weniger als 5 % der Patienten.

ICH- UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN treten nicht auf.

VERSTIMMUNGEN UND GEFÜHLSSTÖRUNGEN sind häufig. Diese sind, falls nicht anders angegeben, vorwiegend mittelschwer ausgeprägt. Die häufigsten Störungen sind innere Unruhe bei 60 % der Patienten sowie eine in allen Ausprägungsgraden auftretende deprimierte/traurige Verstimmung bei 52 % der Patienten. Deutlich häufiger als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen findet man eine gehobene/euphorische Grundstimmung (39 % der Patienten) und ein gesteigertes Selbstwertgefühl (27 %). Die Ausprägung dieser Störung ist vorwiegend mittelschwer, häufig aber auch schwer. Eine ekstatisch-verzückte Stimmung findet sich bei keinem der Patienten.

In überwiegend schweren Ausprägungen beobachtet man Störungen der Vitalgefühle sowie Insuffizienzgefühl bei je 31 %, Hoffnungslosigkeit/Verzweiflung bei 24 % und Schuldgefühl bei 19 % der Patienten. Ein Gefühl der Gefühllosigkeit besteht bei 12 % der Patienten in mittlerer und schwerer Ausprägung.
Ratlos und gespannt wirken je 34 % der Patienten. Ängstlichkeit tritt bei 30 % der Patienten auf und ist damit deutlich seltener als im Durchschnitt der nicht-organischen Psychosen. Mürrisch-gereizt/dysphorisch erscheinen 27 % der Patienten. Ambivalenz beobachtet man bei 21 % der Patienten, ein läppisches Verhalten bei 13 %.

PSYCHOMOTORISCHE STÖRUNGEN sind häufig und überwiegend mittelschwer ausgeprägt. Am häufigsten findet man bei den zyklothymen Patienten eine Antriebssteigerung (bei 52 %) und eine motorische Unruhe (bei 46 %). Logorrhoisch wirken 30 % der Patienten. Antriebsarmes Verhalten zeigen 22 % der Patienten. Antriebsgehemmtes Verhalten findet man überwiegend schwer ausgeprägt bei 12 % der Patienten.

Als VERLAUFSBESONDERHEIT findet man eine abendliche Besserung in leichter und mittlerer Ausprägung bei 22 % der Patienten.

STÖRUNGEN DES TRIEB- UND SOZIALVERHALTENS sind häufig. Krankheitsgefühl meist mittlerer und schwerer Ausprägung liegt bei 48 % der Patienten vor. Mangelndes Krankheitsgefühl und mangelnde Krankheitseinsicht findet man überwiegend schwer ausgeprägt bei jeweils 27 % der Patienten. Die sozialen Kontakte sind bei 33 % der Patienten vermindert und bei 15 % vermehrt. In beiden Fällen ist die Ausprägung vorwiegend mittelschwer. Aggressionstendenzen meist leichter und mittlerer Ausprägung zeigen 22 % der Patienten, bei 9 % kommt es zu teils leicht und teils schwer ausgeprägten Aggressions-

handlungen. Suizidtendenzen leichter und mittlerer Ausprägung zeigen 15 % der Patienten; bei 7 % kommt es zu Suizidhandlungen. Die Sexualität ist in 9 % der Fälle vermindert, dabei meist in der Ausprägung schwer. Gesteigerte Sexualität tritt nahezu nie auf.

Somatischer Befund

SCHLAFSTÖRUNGEN sind sehr häufig. 66 % der Patienten leiden an Einschlafstörungen und 63 % an Durchschlafstörungen meist mittlerer Ausprägung. Eine Verkürzung der Schlafdauer findet man bei 46 % der Patienten in vorwiegend schwerer Ausprägung.

APPETENZSTÖRUNGEN: Eine Appetitverminderung meist mittlerer Ausprägung stellt man bei 48 % der Patienten fest.

VEGETATIVE SYMPTOME treten bei weniger als 20 % der Patienten auf. Am häufigsten findet man eine leicht oder mittelschwer ausgeprägte Obstipation (19 % der Patienten) sowie die Symptome "Kopfdruck" o.ä. (18 %), Hitzegefühl (15 %), Schwindel und Mundtrockenheit (je 10 %) in vorwiegend leichter Ausprägung.

NEUROLOGISCHE SYMPTOME sind selten. Einen feinschlägigen Tremor meist leichter Ausprägung verzeichnet man bei 12 % der Patienten.

2.10 Diagnosegruppe 10: Paranoide Syndrome

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurden Diagnosen aus der Gruppe der paranoiden Syndrome bei 40 von 1750 Patienten der Klinik gestellt. Damit beträgt die Häufigkeit dieser Diagnosen in der Klinikpopulation 2.3 %; ihr Anteil in der Gruppe der nichtorganischen Psychosen beträgt 4.4 % (siehe Tab. 0.1).

2.10.1 Geschlechtsverteilung (Tab. 2.10.1)

Von den Patienten mit paranoiden Syndromen sind 30 % Männer und 70 % Frauen. Bei Frauen werden die Diagnosen 2,3 mal häufiger gestellt als bei Männern.

2.10.2 Altersverteilung (Abb. 2.10.2 - 1/2 und Tab. 0.3)

Das Lebensalter der paranoiden Patienten betrug zwischen 26 und 77 Jahre. Die Altersverteilungskurve zeigt einen breiten Häufigkeitsgipfel zwischen 50 und 69 Jahren. Dieser Altersgruppe gehören 80 % der Patienten an. 7.5 % der Patienten sind jünger als 50 Jahre, 12.5 % älter als 69 Jahre. Diese beiden Altersgruppen werden fast ausschließlich von Frauen gestellt. Ansonsten ist die Altersverteilung von Männern und Frauen gleich.
Das Durchschnittsalter der paranoiden Patienten ist mit 58.9 Jahren das höchste aller Diagnosegruppen. Das Durchschnittsalter von Männern und Frauen unterscheidet sich kaum: Männer 60.0 Jahre, Frauen 58.4 Jahre.

2.10.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik (Abb. 2.10.3)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten betrug zwischen zwei und 130 Tage. Die Verteilungskurve zeigt für die Mehrzahl der Patienten Aufenthaltszeiten bis zu 79 Tagen mit einem breiten Häufigkeitsgipfel zwischen 20 und 59 Tagen.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt für alle Patienten 42 Tage, für Männer 48 Tage und für Frauen 39 Tage.

2.10.4 Symptomatik (Tab. 2.10.4 und Tab. 0.5)

Psychischer Befund

BEWUßTSEINSSTÖRUNGEN treten nicht auf.

ORIENTIERUNGSSTÖRUNGEN sind selten und überwiegend mittelschwer ausgeprägt. 10 % der Patienten zeigen zeitliche Orientierungsstörungen.

AUFMERKSAMKEITS- UND GEDÄCHTNISSTÖRUNGEN: Deutlich seltener als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen treten Konzentrationsstörungen (38 % der Patienten) und Auffassungsstörungen (15 %) auf. Sie sind vorwiegend mittelschwer ausgeprägt.

Häufige FORMALE DENKSTÖRUNGEN sind eingeengtes Denken (40 % der Patienten) und verlangsamtes Denken (30 %) in überwiegend mittelschweren Ausprägungen. Alle anderen Denkstörungen treten bei weniger als 15 % der Patienten auf, sie sind leicht oder mittelschwer ausgeprägt. Seltener als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen zeigt sich inkohärentes/zerfahrenes Denken (8 % der Patienten), beschleunigtes/ideenflüchtiges Denken (8 %) und Vorbeireden (10 %).

ÜBERWERTIGE IDEEN, ZWÄNGE UND PHOBIEN findet man bei weniger als 10 % der Patienten.

Die Häufigkeit von WAHNSYMPTOMEN liegt erheblich über dem Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. Die Ausprägung der Wahnsymptome ist überwiegend mittelschwer.

Wahnstimmung liegt bei 55 % der Patienten vor. Wahneinfälle/Wahngedanken haben 45 % und Wahnwahrnehmungen 43 % der Patienten. Wahndynamik beobachtet man nur durchschnittlich häufig bei 25 % der Patienten. An Wahnformen kommen vor: Ein Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn in 65 % der Fälle, ein Beziehungswahn in 53 % und ein systematisierter Wahn in 48 % der Fälle. Seltene Wahnformen sind der hypochondrische Wahn (10 % der Fälle), der Verarmungswahn (8 %, vorwiegend schwer ausgeprägt) und der Schuldwahn (5 %).

SINNESTÄUSCHUNGEN sind nicht häufig,können aber sämtliche Sinne betreffen. Man findet Stimmenhören bei 18 % der Patienten, optische Halluzinationen bei 15 % und Körperhalluzinationen bei 15 % der Patienten in überwiegend mittlerer Ausprägung. Geruchs- und Geschmackshalluzinationen haben 15 % der Patienten in meist leichter, seltener in schwerer Ausprägung.

ICH- UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN zeigen weniger als 10 % der Patienten in leichten und mittleren Ausprägungen.

VERSTIMMUNGEN UND GEFÜHLSSTÖRUNGEN: Bei paranoiden Patienten findet man - häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen - ein mißtrauisches/feindseliges Verhalten. Es tritt bei 53 % der Patienten meist in leichter, aber auch in mittlerer und schwerer Ausprägung auf. Alle weiteren affektiven Symptome treten im Vergleich zum Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen ähnlich häufig bzw. seltener auf.
Innere Unruhe stellt man bei 60 % der Patienten in meist mittlerer Ausprägung fest, Ratlosigkeit bei 43 % der Patienten. Ängstlich wirken 55 % der Patienten in allen Ausprägungsgraden. Eine deprimierte/traurige Verstimmung findet man leicht oder mittel ausgeprägt bei 45 % der Patienten. Gespannt wirken 38 % der Patienten. Eine Störung der Vitalgefühle beobachtet man bei 25 % der

Patienten, Hoffnungslosigkeit/Verzweiflung bei 23 % der Patienten. Die Ausprägungen der zuletzt genannten Symptome sind überwiegend mittelschwer.
Die Grundstimmung ist nur in seltenen Fällen mürrisch-gereizt/dysphorisch (10 % der Patienten); in keinem Fall ist sie gehoben/euphorisch.

PSYCHOMOTORISCHE STÖRUNGEN sind seltener als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. Überwiegend in leichter Ausprägung findet man Antriebsarmut bei 30 % und Antriebssteigerung bei 20 % der Patienten. Motorische Unruhe beobachtet man bei 23 % der Patienten in leichter und mittlerer Ausprägung.

VERLAUFSBESONDERHEITEN kommen nur in Einzelfällen vor.

STÖRUNGEN DES TRIEB- UND SOZIALVERHALTENS sind häufig. 48 % der Patienten zeigen einen Mangel an Krankheitseinsicht und 30 % einen Mangel an Krankheitsgefühl in mittlerer und schwerer Ausprägung. Krankheitsgefühl findet sich bei 25 % der Patienten in überwiegend mittlerer Ausprägung. Die sozialen Kontakte sind bei 48 % der Patienten vermindert und bei keinem der Patienten vermehrt. Verminderte Kontakte kommen in allen Ausprägungen vor. Aggressionstendenzen und Aggressionshandlungen treten nicht auf. Suizidtendenzen meist mittlerer Ausprägung zeigen 30 % der Patienten; zu Suizidhandlungen kommt es nur in Einzelfällen (5 % der Patienten). Die Sexualität ist nur selten vermindert (8 % der Patienten) und in keinem Fall gesteigert. 10 % der Patienten lehnen die Nahrungsaufnahme bei überwiegend schwerer Ausprägung ab.

Somatischer Befund

SCHLAFSTÖRUNGEN kommen häufig vor. Durchschlafstörungen treten bei 55 % und Einschlafstörungen bei 33 % der

Patienten in leichter und mittlerer Ausprägung auf. Bei 28 % der Patienten ist die Schlafdauer verkürzt, dabei kommen sämtliche Ausprägungsgrade vor.

APPETENZSTÖRUNGEN: Eine Appetitverminderung teils leichter und teils schwerer Ausprägung stellt man bei 40 % der Patienten fest.

VEGETATIVE SYMPTOME sind selten. Am häufigsten findet man Obstipation meist mittlerer Ausprägung (18 % der Patienten) sowie Schwindel (13 %) und Herzsensationen (10 %) in leichten Ausprägungen.

NEUROLOGISCHE SYMPTOME treten sehr selten auf.

2.11 Diagnosegruppe 11: Andere nichtorganische Psychosen

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurden die in dieser Gruppe zusammengefaßten Diagnosen (reaktive Psychosen mit Ausnahme der depressiven reaktiven Psychose) bei 27 von 1750 Patienten gestellt. Die Häufigkeit der Diagnosen in der Klinikpopulation beträgt 1.5 %, ihr Anteil in der Gruppe der nichtorganischen Psychosen beträgt 2.9 % (siehe Tab. 0.1).

2.11.1 Geschlechtsverteilung (Tab. 2.11.1)

Von den Patienten mit anderen nichtorganischen Psychosen sind 48 % männlich und 52 % weiblich, die Geschlechterrelation beträgt damit 1 : 1.1.

2.11.2 Altersverteilung (Abb. 2.11.2 - 1/2)

Das Lebensalter der Patienten betrug zwischen 20 und 61 Jahre. Die Altersverteilungskurve zeigt eine Betonung der Altersstufen von 20 bis 39 Jahren mit einem Häufigkeitsgipfel zwischen 30 und 34 Jahren.
Die Altersverteilung bei Männern und Frauen ist weitgehend gleich.
Das Durchschnittsalter der Patienten mit anderen nichtorganischen Psychosen beträgt 35.6 Jahre. Männer und Frauen haben ein ähnlich hohes Durchschnittsalter mit 35.0 bzw. 36.2 Jahren.

2.11.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik (Abb. 2.11.3 und Tab. 0.4)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten betrug zwischen vier und 90 Tage. Die Verteilungskurve zeigt für die Mehrzahl der Patienten Aufenthaltszeiten bis 59 Tage mit einem deutlichen Häufigkeitsgipfel zwischen zehn und 39 Tagen.
Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist mit 24 Tagen die kürzeste von allen Diagnosegruppen. Bei Männern beträgt die Aufenthaltsdauer im Durchschnitt 28 Tage, bei Frauen 20 Tage.

2.11.4 Symptomatik (Tab. 2.11.4 und Tab. 0.5)

Psychischer Befund

BEWUßTSEINSSTÖRUNGEN sind sehr selten. Eine leicht ausgeprägte Bewußtseinstrübung findet man bei 7 % der Patienten.

ORIENTIERUNGSSTÖRUNGEN treten im Vergleich zum Durchschnitt bei nichtorganischen Psychosen etwas häufiger auf. Situative Orientierungsstörungen haben 22 % der Patienten, meist in mittlerer Ausprägung. Zeitliche

und örtliche Orientierungsstörungen zeigen je 15 % der Patienten in überwiegend leichter Ausprägung.

AUFMERKSAMKEITS- UND GEDÄCHTNISSTÖRUNGEN: Auffassungsstörungen sind bei der hier betrachteten Diagnosegruppe häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen. Auffassungsstörungen sind bei 37 % der Patienten in vorwiegend leichter Ausprägung vorhanden. Seltener als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen findet man Konzentrationsstörungen (41 % der Patienten) und Merkfähigkeitsstörungen (11 %) von überwiegend leichter Ausprägung.

Die Häufigkeit von FORMALEN DENKSTÖRUNGEN entspricht etwa dem Durchschnitt bei nichtorganischen Psychosen. Eingeengtes Denken zeigen 26 % und umständliches Denken 22 % der Patienten in vorwiegend mittlerer Ausprägung. Vergleichsweise selten findet sich verlangsamtes Denken (22 % der Patienten) und beschleunigtes/ideenflüchtiges Denken (11 %). Die Ausprägungen sind leicht und mittelschwer. Alle anderen formalen Denkstörungen treten ebenfalls auf; ihre Häufigkeit beträgt zwischen 11 und 22 % der Fälle (siehe Tab. O.5).

ÜBERWERTIGE IDEEN zeigen 19 % der Patienten in leichter und mittlerer Ausprägung. ZWÄNGE UND PHOBIEN sind äußerst selten.

WAHNSYMPTOME sind häufig und kommen überwiegend in mittelschwerer Ausprägung vor. Man findet bei 30 % der Patienten Wahnstimmung und ebenso häufig Wahneinfälle/Wahngedanken. Wahnwahrnehmungen haben 26 % der Patienten. Wahndynamik liegt bei 22 % der Patieten vor. Häufiger als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen tritt ein Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn (48 % der Fälle) und/oder ein Beziehungswahn (37 % der Fälle) auf.

Als seltene Wahnform findet sich Größenwahn in 7 % der Fälle in leichter Ausprägung.

SINNESTÄUSCHUNGEN sind selten. Optische Halluzinationen haben 11 % der Patienten in überwiegend schwerer Ausprägung.

ICH- UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN: Häufiger als in allen anderen Diagnosegruppen treten "andere Entfremdungserlebnisse" (Derealisationserlebnisse) auf. Man findet sie bei 22 % der Patienten in vorwiegend mittlerer Ausprägung. "Sonstige Fremdbeeinflussungserlebnisse" haben 15 % der Patienten in leichter und mittlerer Ausprägung. Andere Ich- und Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Störungen der Ichidentität sind selten.

VERSTIMMUNGEN UND GEFÜHLSSTÖRUNGEN sind sehr häufig. Die Patienten wirken vor allem ängstlich und ratlos. Ängstlichkeit zeigt sich bei 59 % der Patienten und Ratlosigkeit bei 52 % der Patienten in vorwiegend mittlerer Ausprägung. Innere Unruhe meist mittlerer Ausprägung beobachtet man bei 48 % der Patienten. Mißtrauisch/feindselig erscheinen 33 % und gespannt 30 % der Patienten in vorwiegend leichter Ausprägung. Seltener als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen findet man eine deprimierte/traurige Verstimmung (30 % der Patienten), Hoffnungslosigkeit/Verzweiflung (22 %), Insuffizienzgefühl (19 %) oder Störungen der Vitalgefühle (15 %). Diese Symptome kommen überwiegend in leichten und mittleren Ausprägungen vor. Keiner der Patienten zeigt ein klagsames/jammeriges Verhalten. Eine mürrisch-gereizte/dysphorische Grundstimmung besteht bei 22 % der Patienten in vorwiegend leichter Ausprägung, eine gehoben/euphorische Grundstimmung bei 11 % der Patienten, meist in mittlerer Ausprägung.
Ein ambivalentes bzw. affektiv inadäquates Verhalten zeigen je 19 % der Patienten in überwiegend leichter Ausprägung.

PSYCHOMOTORISCHE STÖRUNGEN kommen insgesamt betrachtet seltener vor als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. Antriebsgesteigert erscheinen 30 % der Patienten in leichter und mittlerer Ausprägung, antriebsarm 22 % der Patienten in vorwiegend leichter Ausprägung. Motorische Unruhe stellt man nur bei 19 % der Patienten in meist mittlerer Ausprägung fest.

VERLAUFSBESONDERHEITEN kommen nicht vor, insbesondere keine abendliche Besserung.

STÖRUNGEN DES TRIEB- UND SOZIALVERHALTENS sind durchwegs seltener als im Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. Die sozialen Kontakte sind bei 33 % der Patienten in der Ausprägung leicht oder mittel vermindert. Vermehrte Kontakte kommen nicht vor. Einen Mangel an Krankheitseinsicht zeigen 33 % der Patienten in vorwiegend mittlerer Ausprägung. 22 % lehnen die Behandlung ab, meist in leicht ausgeprägter Form. Krankheitsgefühl findet sich lediglich bei 22 % der Patienten in überwiegend leichter Ausprägung. Aggressionstendenzen und Aggressionshandlungen treten äußerst selten auf. Suizidtendenzen zeigen 11 % der Patienten in leichter Ausprägung, Suizidhandlungen fehlen. Eine Steigerung oder eine Verminderung der Sexualität ist äußerst selten.

Somatischer Befund

Die Häufigkeit von SCHLAFSTÖRUNGEN liegt unter dem Durchschnitt bei nichtorganischen Psychosen. Sie sind überwiegend mittelschwer ausgeprägt. Am häufigsten findet man Durchschlafstörungen (bei 48 % der Patienten)und Einschlafstörungen (bei 44 %). Bei 30 % ist die Schlafdauer verkürzt, Müdigkeit meist leichter Ausprägung besteht bei 22 % der Patienten.

APPETENZSTÖRUNGEN: Bei 33 % der Patienten findet man eine Verminderung des Appetits in leichter und mittlerer Ausprägung.

An VEGETATIVEN SYMPTOMEN kommen vor: "Kopfdruck" o.ä. (26 % der Patienten) und Hitzegefühl (15 %) in leichter Ausprägung sowie Schwitzen (22 %) in vorwiegend mittlerer Ausprägung.

NEUROLOGISCHE SYMPTOME treten nicht auf.

Teil 4

D i s k u s s i o n :

Die Bedeutung der Symptomatik
für die Klassifikation der
nichtorganischen Psychosen

4. Diskussion

Die Bedeutung der Symptomatik für die Klassifikation der nichtorganischen Psychosen

4.1 Einführung

Im Ergebnisteil konnte die Symptomatik der nichtorganischen Psychosen und der einzelnen Diagnosegruppen anhand der Häufigkeit und der Ausprägung der im AMDP-Verfahren erfaßten Symptome gekennzeichnet werden. Die Einteilung der nichtorganischen Psychosen in elf Diagnosegruppen erfolgte in enger Anlehnung an den ICD-Diagnosenschlüssel (8. Revision).
In den bisherigen Betrachtungen wurde die Symptomatik einer feststehenden Diagnose untersucht. Bei diesem Vorgehen wird im Grunde der diagnostische Prozeß umgekehrt, denn man schließt nicht -wie der Untersucher - von der Symptomatik auf die Diagnose, sondern umgekehrt von der Diagnose auf die Symptomatik. Dieses deduktive Vorgehen läßt aber Rückschlüsse auf das diagnostische Verhalten der Untersucher zu. Das Symptomenspektrum einer Diagnose spiegelt nämlich die wesentlichen Kriterien wider, die den Untersucher zu seiner diagnostischen Entscheidung geführt haben.
Man mag an dieser Stelle einwenden, daß der Untersucher in seinem diagnostischen Vorgehen nicht ausschließlich von der im AMDP-Bogen erfaßten Symptomatik geleitet würde. Wie aber in der Einleitung bereits dargelegt, stellt die Symptomatik einer psychiatrischen Erkrankung den einzelnen objektiv erfaßbaren und reproduzierbaren Parameter für die Differenzierung der Krankheitsbilder dar. Von dieser Tatsache, die den Ausgangspunkt für mögliche Fortschritte in der klinischen Diagnostik darstellt, soll hier im Interesse

der erreichten Reliabilität und Validität der psychiatrischen Diagnosen nicht abgewichen werden.

Um den diagnostischen Prozeß, an dessen Endpunkt eine Diagnose steht, auf induktivem Wege durchschaubarer zu machen, sollen nunmehr die einzelnen, im AMDP-Verfahren erfaßten Symptome im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Klassifikation der nichtorganischen Psychosen untersucht werden. Die große Zahl von erfaßten Störungen ermöglicht die Unterscheidung, welche Symptome für die nichtorganischen Psychosen als solche kennzeichnend sein dürften und welche nicht, d.h. welche Symptome relativ gleichmäßig gestreut in allen oder in fast allen Diagnosegruppen häufig sind bzw. welche Symptome nur in bestimmten Diagnosegruppen häufig anzutreffen sind.
Zur Differenzierung der Symptomatik der einzelnen Diagnosegruppen sind die Symptome am geeignetsten, deren Häufigkeit in den verschiedenen Diagnosegruppen stark voneinander abweicht.

Es sind grundsätzlich zwei Klassen von Symptomen denkbar:

1. Ein Symptom ist nur in einer oder in sehr wenigen Diagnosegruppen außergewöhnlich häufig bzw. selten. Anmerkung: Dieser Unterschied liegt - für den Fall überdurchschnittlicher Häufigkeit eines Symptoms - den Symptomtabellen jeder Diagnosegruppe (siehe Anhang) zugrunde.
2. Ein Symptom ist nur bei einer Gruppe von systematisch zusammengehörigen Diagnosegruppen außergewöhnlich häufig bzw. selten anzutreffen (z.B. bei den schizophrenen Psychosen).

Am Ende der nun folgenden Betrachtungen sollen folgende Fragen stehen: Ist anhand der Unterschiede in der Symptomatik eine sichere gegenseitige Abgrenzung der Diagnosegruppen möglich oder müssen in bestimmten Fällen

Einschränkungen hingenommen werden ? In welchen Fällen kann eine eindeutige Abgrenzung vorgenommen werden ? Wo ist eine solche mangels eindeutiger Grenzen nicht sicher möglich bzw. nicht statthaft ? Welche Symptome sind für die angestrebte symptomorientierte Unterscheidung der Diagnosegruppen wertvoll, welche nicht ? Ist eine Erweiterung des Symptomenkatalogs zum Zwecke der Erfassung von weiteren, u.U. diagnostisch wichtigen Störungen erforderlich ?

In den folgenden Ausführungen entspricht die Reihenfolge der Symptomgruppen, wie schon im Ergebnisteil, dem AMDP-Bogen. Am Ende jedes Abschnitts soll eine Zusammenfassung dazu dienen, die Frage nach der diagnostischen bzw. differentialdiagnostischen Aussagekraft der jeweils untersuchten Gruppe von Symptomen zu beantworten. Als Grundlage für unsere Betrachtungen dienen in erster Linie die in Tabelle D.5 dargestellten Auswertungsergebnisse.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

4.2.1 Vergleichende Untersuchungen über das Auftreten von psychischen und somatischen Störungen bei nichtorganischen Psychosen

4.2.1.1 Psychischer Befund

BEWUßTSEINSSTÖRUNGEN zählen in allen Diagnosegruppen zu den seltenen Störungen. Bewußtseinsstörungen können auf verschiedene Weise in Erscheinung treten: Auf der einen Seite als qualitative Störungen (Bewußtseinsveränderungen, Bewußtseinsverschiebungen), auf der anderen Seite als quantitative Störungen (Vigilanzstufen). Die Erkennung und Einordnung von Bewußtseinsstörungen erscheint schwierig, insbesondere die der qualitativen Veränderungen. Beispielsweise wird nahezu

nie das Symptom "delirant" beobachtet, ein Zustand komplexer Art, der psychomotorische Störungen, Orientierungsstörungen, Sinnestäuschungen und auch Denkstörungen einschließen kann. Störungen der Vigilanz werden von den Untersuchern etwas häufiger festgestellt. Bei der katatonen Schizophrenie ist eine gewisse Häufung der Symptome "Bewußtseinstrübung" und "umdämmert" zu verzeichnen. Bei der akuten schizophrenen Episode, bei der man u.U. eine Bewußtseinstrübung erwarten könnte, wurden keine Bewußtseinsstörungen festgestellt.

Zusammenfassung:
Treten Bewußtseinsstörungen bei Patienten mit nichtorganischen Psychosen auf, dann können aufgrund dieser Tatsache keine diagnostischen Schlüsse gezogen werden. Die Gründe hierfür liegen darin, daß diese Störungen zum einen selten auftreten und zum anderen für keine Diagnosegruppe spezifisch sind. Bei vergleichender Betrachtung der Diagnosegruppen stellt man fest, daß die Symptome "Bewußtseinstrübung" und "umdämmert" bei der Katatonie etwas häufiger als in den anderen Diagnosegruppen zu finden sind. Die Ausprägung dieser Störungen ist bei der Katatonie kaum stärker als in den anderen Diagnosegruppen.
Unterschiede zwischen schizophrenen und affektiven Psychosen hinsichtlich der Häufigkeit von Bewußtseinsstörungen bestehen nicht.

ORIENTIERUNGSSTÖRUNGEN treten nur in wenigen Diagnosegruppen in nennenswerter Häufigkeit auf: Bei der akuten schizophrenen Episode, der Katatonie, der Manie und bei anderen (reaktiven) nichtorganischen Psychosen. Orientierungsstörungen werden offenbar bei denjenigen Krankheitsbildern am häufigsten beobachtet, die ausgeprägte psychomotorische Störungen oder ausgeprägte formale Denkstörungen aufweisen. In diesen

Fällen ist das "Sichzurechtfinden" des Patienten in der betreffenden Situation bzw. in seiner zeitlichen und örtlichen Umwelt wohl besonders beeinträchtigt. Die wenigen Fälle, in denen Orientierungsstörungen in der Ausprägung "schwer" vorliegen, betreffen die Katatonie, die paranoide Schizophrenie, die schizoaffektive Psychose, die depressiven affektiven Psychosen und die Zyklothymie. Somit sind nur bei der Katatonie zugleich relativ häufige und relativ schwer ausgeprägte Orientierungsstörungen festzustellen. Die beiden anderen Diagnosegruppen mit relativ häufigen Orientierungsstörungen, nämlich die akute schizophrene Episode und die Manie, zeigen Orientierungsstörungen in überwiegend mittlerer und leichter Ausprägung.

Zusammenfassung:
Eine Differenzierung der nichtorganischen Psychosen anhand des Auftretens von Orientierungsstörungen ist nicht zuletzt wegen der Seltenheit dieser Störungen nur mit großen Einschränkungen möglich. Orientierungsstörungen erwartet man am ehesten bei der Katatonie, bei der akuten schizophrenen Episode und bei der Manie, bei der Manie allerdings vorwiegend in der Ausprägung "leicht". Gelegentliche Fälle von Orientierungsstörungen, teilweise in schwerer Ausprägung, findet man bei der paranoiden Schizophrenie, bei der schizoaffektiven Psychose und bei den depressiven affektiven Psychosen. Orientierungsstörungen fehlen in der Regel bei den schizophrenen Rest- und Defektzuständen und bei der Hebephrenie.
Zwischen schizophrenen und affektiven Psychosen bestehen keine nennenswerten Unterschiede im Hinblick auf das Auftreten von Orientierungsstörungen. Orientierungsstörungen stellen weder ein gemeinsames Merkmal der schizophrenen Psychosen noch ein solches der affektiven Psychosen dar. Keines der erfaßten Symptome kann als spezifisch für eine dieser diagnostischen Gruppen bzw. für eine einzelne Diagnosegruppe betrachtet werden.

AUFMERKSAMKEITS- UND GEDÄCHTNISSTÖRUNGEN bilden ein gemeinsames Kennzeichen der nichtorganischen Psychosen. Bei nichtorganischen Psychosen sind Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen noch häufiger anzutreffen als im Durchschnitt aller Fälle des untersuchten Jahrgangs.

Auffassungsstörungen werden bei schizophrenen Psychosen häufiger beobachtet als bei affektiven Psychosen und bei paranoiden Syndromen. Von allen Patienten mit nichtorganischen Psychosen, die Auffassungsstörungen zeigen, leiden 65 % an einer schizophrenen und 26 % an einer affektiven Psychose. Bei getrennter Betrachtung der möglichen Ausprägungen handelt es sich bei mittlerer Ausprägung in 71 % der Fälle um eine Schizophrenie, bei schwerer Ausprägung sogar in 77 % der Fälle. Die Fälle von leicht ausgeprägten Auffassungsstörungen verteilen sich zu 55 % auf die schizophrenen Psychosen, zu 35 % auf die affektiven Psychosen und zu 10 % auf die übrigen nichtorganischen Psychosen. Bei den affektiven Psychosen überwiegen im Gegensatz zu den Schizophrenien die leichten Ausprägungen von Auffassungstörungen.
Konzentrationsstörungen werden bei 82 % der Patienten mit Hebephrenie beobachtet. Bei dieser Häufigkeit kann angenommen werden, daß dieses Symptom eine pathognomonische Bedeutung für die Hebephrenie besitzt. Konzentrationsstörungen sind allerdings auch in sämtlichen anderen Diagnosegruppen regelmäßig anzutreffen und damit für keine der Diagnosegruppen als spezifisch anzusehen. Bei den schizophrenen Psychosen sind Konzentrationsstörungen geringfügig häufiger zu finden als bei den affektiven Psychosen (in Zahlen: Schizophrenien 54 % der Fälle bei einem Anteil von 50 % an den nichtorganischen Psychosen, affektive Psychosen 40 % der Fälle bei einem Anteil von 42 %). Die Ausprägungen der auftretenden Konzentrationsstörungen sind bei den schizophrenen Psychosen über-

wiegend mittelschwer, bei den affektiven Psychosen vorwiegend leicht (Ausnahme: Überwiegend mittelschwere Ausprägungen bei der Manie).
Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen lassen sich kaum zur Differenzierung der nichtorganischen Psychosen heranziehen. Die Häufigkeit dieser Störungen in den verschiedenen Diagnosegruppen schwankt in engen Grenzen. Die meisten Fälle und die größte relative Häufigkeit dieser Störungen werden bei den depressiven affektiven Psychosen angetroffen.

Zusammenfassung:
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen können mit Ausnahme von Auffassungsstörungen kaum zur Differenzierung der nichtorganischen Psychosen herangezogen werden.
In drei Viertel der Fälle mit mittel oder schwer ausgeprägten Auffassungsstörungen liegt eine schizophrene Psychose vor. Relativ häufige und relativ schwer ausgeprägte Auffassungsstörungen stellen eine Gemeinsamkeit sämtlicher Schizophrenieformen dar.
Das Auftreten von Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen läßt im allgemeinen keine Schlüsse auf mögliche Diagnosegruppen zu. Bei der Hebephrenie sind Konzentrationsstörungen offenbar ein fester Bestandteil des Symptomenspektrums.

FORMALE DENKSTÖRUNGEN: Bemerkenswert sind in erster Linie Unterschiede zwischen den Denkstörungen von schizophrenen und affektiven Psychosen. Die schizophrenen Psychosen bilden eine Einheit im Hinblick darauf, daß in jeder Diagnosegruppe gleichzeitig eine Vielfalt unterschiedlicher Denkstörungen vorliegt. Die affektiven Psychosen zeichnen sich dadurch aus, daß sich die Störung des Denkens in nur wenigen Symptomen ausdrückt und zugleich die Denkstörungen der depressiven affektiven Psychosen und die der Manie gänzlich unterschiedlich geartet sind. Demgegenüber

zeigen die verschiedenen Schizophrenieformen trotz beträchtlicher Häufigkeitsunterschiede der einzelnen Symptome eine erkennbare Homogenität ihrer Denkstörungen.

Symptome, deren Häufigkeit in den verschiedenen Diagnosegruppen nur geringen Schwankungen unterliegt und die alleine betrachtet für keine der elf Diagnosegruppen sprechen können, sind selten. Eine Verlangsamung des Denkens wird bei 30 % (±10 %) der Patienten jeder Diagnosegruppe mit Ausnahme der Manie festgestellt. Die Verlangsamung des Denkens darf als gemeinsames, wenn auch nicht ausnehmend häufiges Merkmal der untersuchten Diagnosegruppen mit Ausnahme der Manie betrachtet werden. Ein weiteres, regelmäßig zu findendes Symptom ist eingeengtes Denken (Ausnahme: Manie). Dieses Symptom tritt häufig in Verbindung mit einer Verlangsamung des Denkens auf, besonders augenfällig bei den schizophrenen Rest- und Defektzuständen. Bei den Diagnosegruppen, bei denen keine eindeutige Verbindung von verlangsamtem und eingeengtem Denken besteht, ist das überwiegend vorhandene Symptom für die jeweilige Denkstörung kennzeichnend. Beispiele: Bei der paranoiden Schizophrenie und den paranoiden Syndromen besteht vorwiegend eingeengtes Denken, bei der schizoaffektiven Psychose, den depressiven affektiven Psychosen und der Zyklothymie steht die Verlangsamung des Denkens im Vordergrund, bei der Manie werden beide Störungen vermißt.

Wie bereits erwähnt, kann eine Verlangsamung oder eine Einengung des Denkens alleine betrachtet nicht als Hinweis auf eine bestimmte Diagnosegruppe gewertet werden. Für die Differenzierung von schizophrenen und affektiven Psychosen geben diese Störungen eine Reihe von Anhaltspunkten. Siehe dazu die folgende Tabelle:

Symptom	schizophrenen Psychosen	affektive Psychosen
verlangsamt	28	34
eingeengt	32	26

Angaben in % der Fälle

Tab. 4.1. : Durchschnittliche Häufigkeit der Symptome "verlangsamt" und "eingeengt" bei schizophrenen und affektiven Psychosen

Symptom	schizophrene Psychosen	affektive Psychosen
verlangsamt	vorwiegend mittel	vorwiegend leicht
eingeengt	vorwiegend mittel	leicht bis mittel

Tab. 4.2 : Durchschnittliche Ausprägung der Symptome "verlangsamt" und "eingeengt" bei schizophrenen und affektiven Psychosen

Bei schizophrenen Psychosen ist somit häufiger eine Einengung und bei affektiven Psychosen häufiger eine Verlangsamung des Denkens zu beobachten. Wird bei Schizophrenien verlangsamtes Denken beobachtet, dann meist in stärkerer Ausprägung als bei affektiven Psychosen.

Für die Differenzierung von schizophrenen und affektiven Psychosen kann das Symptom inkohärent/zerfahren herangezogen werden. Inkohärentes/zerfahrenes Denken ist sämtlichen Schizophrenieformen gemeinsam. Bei depressiven affektiven Psychosen vermißt man dieses Symptom, ebenso bei paranoiden Syndromen. Die Manie hingegen zeigt das Symptom inkohärent/zerfahren in der gleichen Häufigkeit wie die schizophrenen Psychosen. Von den Patienten mit nichtorganischen Psychosen, bei denen

eine Inkohärenz und Zerfahrenheit des Denkens festgestellt wird, leiden 75 % an einer schizophrenen Psychose (Anteil der Schizophrenie 50 %) und nur 18 % an einer affektiven Psychose (Anteil der affektiven Psychosen 42 %). Bei schwerer Ausprägung des Symptoms verschiebt sich die Relation sogar auf 88 % zu 9 % auf die Seite der Schizophrenien. Bemerkenswert erscheint, daß die Patienten mit schizoaffektiver Psychose das Symptom inkohärent/zerfahren ebenso häufig und z.T. noch häufiger als die Patienten der übrigen Schizophrenieformen zeigen. Aufgrund der auftretenden Denkstörungen ist die schizoaffektive Psychose fraglos den Schizophrenien zuzurechnen.

Weitere Symptome, die bei sämtlichen Schizophrenieformen auftreten können (aber gleichzeitig nicht ausschließlich dort), sind Vorbeireden (Häufigkeit: 23 - 59 % bei den Schizophrenien), umständliches Denken (16 - 35 %), beschleunigtes/ideenflüchtiges Denken (14 - 34 %) und Gedankenabreißen (13 - 29 %).

Die affektiven Psychosen, gemeint sind hier die depressiven affektiven Psychosen und die Manie, zeigen keine einzige nennenswert häufige Denkstörung, die beiden Diagnosen gemeinsam wäre. Die Denkstörungen sind vielmehr gegensätzlich geartet, was bedeutet, daß die häufigen Denkstörungen der Manie (beschleunigt/ideenflüchtig, inkohärent/zerfahren, Vorbeireden) bei den depressiven affektiven Psychosen fehlen und umgekehrt.

Die häufigen Denkstörungen der depressiven affektiven Psychosen (verlangsamt, eingeengt und gehemmt) vermißt man bei der Manie, sie erscheinen aber in ähnlicher Häufigkeit bei den schizophrenen Psychosen. Gleiches gilt für die bei der Manie häufigen Symptome inkohärent/zerfahren und Vorbeireden.

Die paranoiden Syndrome gleichen hinsichtlich des Auftretens von Denkstörungen den depressiven affektiven

Psychosen, jedoch liegt der Schwerpunkt der Symptomatik bei den paranoiden Syndromen auf eingeengtem Denken, wogegen im anderen Fall eine Verlangsamung des Denkens im Vordergrund steht.
Denkstörungen, die in einer oder in wenigen Diagnosegruppen ausnehmend häufig sind und damit einerseits eine Diagnose kennzeichnen und andererseits zur Differenzierung der Diagnosegruppe beitragen können, existieren nur wenige. Als geradezu pathognomonisch zu betrachten ist beschleunigtes/ideenflüchtiges Denken bei der Manie (85 % der Fälle) sowie Vorbeireden bei der akuten schizophrenen Episode (59 % der Fälle). Gehemmtes und gesperrtes Denken tritt bei der Katatonie häufiger als in den anderen Diagnosegruppen auf. In einigen Fällen kann das Fehlen bestimmter Denkstörungen für das Vorliegen einer Diagnosegruppe sprechen. Dies trifft in der Regel für die affektiven Psychosen zu. Beispiele: Bei den depressiven affektiven Psychosen (und bei den paranoiden Syndromen!) vermißt man die folgenden Symptome, die sonst in allen Diagnosegruppen anzutreffen sind: Beschleunigt/ideenflüchtig, Vorbeireden und inkohärent/zerfahren. Bei der Manie vermißt man verlangsamtes und eingeengtes Denken.

Zusammenfassung:
Formale Denkstörungen sind in jeder Diagnosegruppe feststellbar. So kann verlangsamtes und eingeengtes Denken bei jeder Diagnosegruppe mit Ausnahme der Manie angetroffen werden. Diese Denkstörungen tragen wenig zur Differenzierung der Diagnosegruppen bei. Überwiegt die Einengung des Denkens, dann kann dies für das Vorliegen einer paranoiden Schizophrenie oder eines paranoiden Syndroms sprechen. Überwiegt die Verlangsamung des Denkens, dann kann dies für eine depressive affektive Psychose bzw. eine Zyklothymie oder für eine schizoaffektive Psychose sprechen. Liegen beide Denkstörungen vor, dann kommt ein schizophrener Restzustand in Frage; vermißt man

beide Störungen, dann kann es sich um eine Manie handeln.
Zur Differenzierung von schizophrenen und affektiven Psychosen anhand formaler Denkstörungen können verschiedene Charakteristika dieser Psychoseformen herangezogen werden. Grundsätzlich spricht das Vorliegen einer komplexen Denkstörung (Symptomenvielfalt) für eine schizophrene Erkrankung, während eine einfacher strukturierte, oligosymptomatische Denkstörung (Symptomenarmut) für eine affektive Psychose spricht. Auf der anderen Seite sind die Denkstörungen der depressiven affektiven Psychosen und die der Manie so kennzeichnend, daß eine gegenseitige Abgrenzung mit Sicherheit gelingt.
Für die Abgrenzung der affektiven Psychosen gegenüber den schizophrenen Psychosen sind bestimmte Denkstörungen besonders aussagekräftig. Die depressiven affektiven Psychosen unterscheiden sich durch das Fehlen der Symptome inkohärent/zerfahren, Vorbeireden und beschleunigt/ideenflüchtig nicht nur von den schizophrenen Psychosen, sondern auch von der Manie. Die Einengung des Denkens ist bei den depressiven affektiven Psychosen gegenüber den meisten Schizophrenieformen etwas seltener und auch leichter ausgeprägt. Die Manie hebt sich durch das Fehlen der Symptome verlangsamt, eingeengt und gehemmt von allen übrigen Psychosen ab (diese Aussage gilt für die reaktiven nichtorganischen Psychosen nur mit Einschränkungen). Außerdem fällt bei der Manie die außerordentliche Häufigkeit des Symptoms beschleunigt/ideenflüchtig auf, es ist bei nahezu jedem manischen Patienten festzustellen.
Der Vergleich der Denkstörungen von affektiven und schizophrenen Psychosen läßt das folgende Denkmodell zur Charakterisierung der schizophrenen Denkstörung entstehen: Die schizophrene Denkstörung setzt sich einmal aus den Symptomen zusammen, die bei der manisch-depressiven Psychose entweder monopolar oder zyklisch

angetroffen werden (siehe oben) und zum anderen aus den Symptomen, die ausschließlich oder in erster Linie bei Schizophrenien angetroffen werden (vorallem"Gedankenabreißen" und "gespannt", weniger eindeutig in diesem Zusammenhang "umständlich" und "perseverierend").
Die paranoiden Syndrome zeigen im Kern die Denkstörungen der depressiven affektiven Psychosen mit dem Unterschied, daß eine Einengung des Denkens häufiger und eine Verlangsamung des Denkens etwas seltener als bei den depressiven affektiven Psychosen beobachtet wird.
Die Differenzierung der verschiedenen Schizophrenieformen anhand unterschiedlicher Denkstörungen ist deshalb schwierig, weil die vorhandenen Unterschiede zumeist quantitativer und nicht qualitativer Art sind. Die wichtigsten Symptome, mit deren Hilfe Verbindungen zu bestimmten Schizophrenieformen hergestellt werden können, sollen kurz genannt werden: Vorbeireden und Gedankenabreißen - außergewöhnlich häufig bei akuten schizophrenen Episoden, eingeengt und verlangsamt - besonders häufig bei schizophrenen Restzuständen, gehemmt und gespannt - besonders häufig bei Katatonien, beschleunigt/ideenflüchtig - besonders häufig bei der schizoaffektiven Psychose.
Zur exakteren Kennzeichnung der Denkstörungen jeder einzelnen Schizophrenieform wäre die Erstellung von vergleichbaren Symtomprofilen vorteilhaft. Als Ansatz in diesem Bestreben sind die Symptomtabellen jeder Diagnosegruppe und die Tabelle 0.5 zu betrachten (siehe Anhang).

ÜBERWERTIGE IDEEN, ZWÄNGE UND PHOBIEN sind, was ihre durchschnittliche Häufigkeit betrifft, bei nichtorganischen Psychosen etwa gleich häufig wie bei der Gesamtheit der Patienten des untersuchten Jahrgangs.
Hypochondrie (nicht wahnhaft) wird bei den depressiven affektiven Psychosen häufiger als in den übrigen Dia-

gnosegruppen beobachtet. 58 % der Fälle von nicht wahnhafter Hypochondrie bei nichtorganischen Psychosen entfallen auf die depressiven affektiven Psychosen, von den schwer ausgeprägten Fällen sogar 71 %. Überwertige Ideen zählen zu den wenigen Symptomen, die besonders häufig in schwerer Ausprägung vorliegen. Am schwersten ausgeprägt sind überwertige Ideen bei der paranoiden Schizophrenie, der schizoaffektiven Psychose, der Katatonie und der Manie. Bei den schwer ausgeprägten Fällen handelt es sich in 77 % der Fälle um schizophrene Psychosen (bei einem Anteil von 50 % an den nichtorganischen Psychosen) und nur in 15 % der Fälle um affektive Psychosen (Anteil 42 %). Bei depressiven affektiven Psychosen werden überwertige Ideen im Gegensatz zur Manie überwiegend in leichter Ausprägung beobachtet. In den folgenden Diagnosegruppen ist die Häufigkeit von überwertigen Ideen bemerkenswert gering: Depressive affektive Psychosen, paranoide Syndrome, schizophrene Restzustände, Hebephrenie. Außergewöhnlich häufig sind sie hingegen bei der akuten schizophrenen Episode zu finden.
Zwänge und Phobien sind in allen Diagnosegruppen gleichmäßig selten anzutreffen. Untersucht man die Häufigkeit der Symptome Zwangsdenken, Zwangsimpulse und Zwangshandlungen bei schizophrenen und affektiven Psychosen, dann stellt man die relativ größere Fallzahl bei den Schizophrenien fest. 61 % der Zwangssymptome sind bei schizophrenen Psychosen (Anteil 50 %) und 33 % bei affektiven Psychosen (Anteil 42 %) zu verzeichnen. Gleiches gilt für die allerdings noch selteneren Phobien.

Zusammenfassung:
Werden Symptome aus der Gruppe überwertige Ideen, Zwänge und Phobien bei nichtorganischen Psychosen beobachtet, dann kann dies in vielen Fällen als Hinweis für das Vorliegen entweder einer schizophrenen oder einer affektiven Psychose betrachtet werden.

Überwertige Ideen treten, besonders wenn sie schwer ausgeprägt sind, in erster Linie bei schizophrenen Psychosen auf, hier wiederum besonders häufig bei der paranoiden Schizophrenie, der schizoaffektiven Psychose, der Katatonie und der akuten schizophrenen Episode. Bei affektiven Psychosen sind überwertige Ideen selten; man findet sie bei der Manie in den Schizophrenien vergleichbarer Häufigkeit und Ausprägung.

Zwangsdenken, Zwangsimpulse und Zwangshandlungen sind bei schizophrenen Psychosen häufiger als bei affektiven Psychosen zu beobachten. Wegen der Seltenheit dieser Symptome erscheint Zurückhaltung bei der diagnostischen Bewertung geboten.
Das Symptom Hypochondrie (nicht wahnhaft) stellt ein einzelnes Symptom dar, das bevorzugt bei einer bestimmten Diagnose auftritt. Es wird in erster Linie bei depressiven affektiven Psychosen beobachtet.

WAHN: Wahnsymptome werden in sämtlichen Diagnosegruppen mit Ausnahme der affektiven Psychosen regelmäßig und häufig beobachtet. Bei schizophrenen Psychosen, bei paranoiden Syndromen und bei reaktiven nichtorganischen Psychosen sind Wahnsymptome ein fester Bestandteil des Symptomenbildes. Untersucht man z.B. die durchschnittliche Häufigkeit der Symptome Wahnstimmung und Wahndynamik bei den einzelnen Psychoseformen, dann ergibt sich folgendes Bild:

Psychoseform	Wahnstimmung	Wahndynamik
Schizophrene Psychosen	48	37
Affektive Psychosen	7	5
Paranoide Syndrome	55	25
Reaktive nichtorganische Psychosen	30	22

Angaben in % der Fälle

Tab. 4.3 : Durchschnittliche Häufigkeit der Symptome "Wahnstimmung" und"Wahndynamik" bei den verschiedenen Psychoseformen.

Demnach ist Wahnstimmung am häufigsten bei paranoiden Syndromen und bei schizophrenen Psychosen anzutreffen, während Wahndynamik am häufigsten bei schizophrenen Psychosen gefunden wird. Ein noch eindeutigeres Bild ergibt die Verteilung der bei nichtorganischen Psychosen auftretenden Fälle von Wahnstimmung und Wahndynamik auf die einzelnen Psychoseformen: Die Fälle von Wahnstimmung verteilen sich wie folgt: 78 % auf schizophrene Psychosen (Anteil an den nichtorganischen Psychosen 50 %), 10 % auf affektive Psychosen (Anteil 42 %), 8 % auf paranoide Syndrome (Anteil 4 %) und 3 % auf reaktive nichtorganische Psychosen (Anteil 4 %). Wahnstimmung in schwerer Ausprägung findet sich sogar in 91 % der Fälle bei schizophrenen Psychosen. Die Fälle, in denen Wahndynamik beobachtet wurde, verteilen sich wie folgt: Schizophrene Psychosen 83 %, affektive Psychosen 9 %, paranoide Syndrome 5 %, reaktive nichtorganische Psychosen 3 %. Bei Wahndynamik in schwerer Ausprägung handelt es sich in 93 % der Fälle um eine schizophrene Psychose.
Wie bereits erwähnt, unterscheiden sich die affektiven Psychosen durch das fast vollständige Fehlen von Wahnsymptomen nicht nur von den schizophrenen Psychosen,sondern auch von den paranoiden Syndromen und von den reaktiven nichtorganischen Psychosen. Die Ausprägung der auftretenden Wahnsymptome bei affektiven Psychosen ist im Gegensatz zu den übrigen Psychoseformen überwiegend leicht.

Die schizoaffektive Psychose imponiert aufgrund des vorhandenen Wahngeschehens fraglos als schizophrene Psychose.
Zwischen den einzelnen Schizophrenieformen bestehen beachtliche Unterschiede einmal bezüglich der Häufigkeit von übergeordneten Wahnkennzeichen wie z.B. Wahnstimmung, zum anderen bezüglich der Häufigkeit der beobachteten Wahnformen.

Bei der akuten schizophrenen Episode sind Wahnsymptome (besonders Wahnstimmung) derart häufig, daß sie ein

wesentliches Kriterium für die Diagnosestellung darstellen dürften. Gleiches gilt für die paranoide Schizophrenie und die paranoiden Syndrome. Sucht man nach Unterschieden in der Wahnsymptomatik der zuletzt genannten drei Diagnosegruppen, so fällt auf, daß bei stärkerer Systematisierung des Wahns die Wahndynamik und die Wahngestimmtheit abnimmt (siehe Tab. 4.4). Je systematisierter ein Wahn erscheint, desto häufiger wird er von den Untersuchern als Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn eingestuft; je weniger systematisiert ein Wahn ausfällt, desto häufiger wird er als Beziehungswahn eingestuft und damit einer übergeordneten, unspezifischeren Wahnform zugeordnet (wobei angemerkt werden muß, daß der übergeordnete Begriff Beziehungswahn im Falle eines Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahnes nicht angestrichen zu werden braucht). Dazu folgende Tabelle:

Symptom	Akute schiz. Ep.	Paranoide Sch.	Paranoide Syn.
systematisierter Wahn	24	36	48
Wahnstimmung	76	61	55
Wahndynamik	59	46	25
Beeinträchtigungs-/ Verfolgungswahn	53	56	65
Beziehungswahn	71	40	53

Angaben in % der Fälle

Tab. 4.4 : Zusammenhang zwischen der Systematisierung von Wahn und wichtigen Wahnsymptomen bei der akuten schizophrenen Episode, der paranoiden Schizophrenie und den paranoiden Syndromen.

Der aufgezeigte Zusammenhang zwischen der Systematisierung des Wahngeschehens und dem Auftreten eines Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahns kann bei der Hebephrenie, der Katatonie, den schizophrenen Rest- und Defektzuständen und der schizoaffektiven Psychose nicht hergestellt werden. Betrachtet man

nur diese Schizophrenieformen, dann findet man einen systematisierten Wahn am relativ häufigsten bei den schizophrenen Restzuständen, seltener bei der Katatonie und am seltensten von allen Schizophrenieformen bei der schizoaffektiven Psychose und bei der Hebephrenie.
Zur Differenzierung der einzelnen Schizophrenieformen könnte neben der Häufigkeit auch die Ausprägung der Wahnsymptome herangezogen werden. Am Beispiel der Symptome Wahnstimmung und Wahndynamik kann gezeigt werden, daß die Ausprägung der Wahnsymptome nicht immer mit der Häufigkeit der Symptome korreliert. Wahnstimmung wird in ihrer stärksten Ausprägung bei der paranoiden Schizophrenie und der Katatonie gefunden. Die Mehrzahl der Fälle ist hier mittel oder schwer ausgeprägt. Dagegen ist die Ausprägung von Wahnstimmung bei der akuten schizophrenen Episode und bei paranoiden Syndromen überwiegend mittel und nur in wenigen Fällen schwer. Ein ähnliches Bild bietet sich bei der Betrachtung der Ausprägungen von Wahndynamik. Hierbei zählt neben der Katatonie und der paranoiden Schizophrenie die akute schizophrene Episode zu den Diagnosegruppen mit der am relativ stärksten ausgeprägten Wahndynamik. Auffallend leicht ausgeprägt werden die Symptome Wahnstimmung und Wahndynamik bei den schizophrenen Rest- und Defektzuständen gefunden.
Eine Differenzierung der einzelnen Schizophrenieformen anhand unterschiedlicher Wahnformen ist nicht möglich. Einheitlich handelt es sich bei den auftretenden Wahnformen um einen Beziehungswahn bzw. um einen Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn. Die Häufigkeit dieser Wahnformen korreliert mit der Wahndynamik. Andere Wahnformen wie der Schuldwahn, der hypochondrische Wahn, der Verarmungswahn und der Größenwahn haben in sämtlichen Diagnosegruppen eine sehr untergeordnete Bedeutung (Ausnahme: Manie). Bei der Manie stellt der Größenwahn (18 % der Fälle) das häufigste Wahnsymptom dar. Eigentümlicherweise wird bei der Manie ein Größenwahn häufiger als etwa

Wahnstimmung oder Wahndynamik festgestellt.

Zusammenfassung:
Das Auftreten von Wahnsymptomen bei nichtorganischen Psychosen macht eine Schizophrenie oder ein paranoides Syndrom ausgesprochen wahrscheinlich. Die affektiven Psychosen zeigen Wahnsymptome nur in seltenen Fällen und heben sich dadurch geschlossen von den übrigen Psychoseformen ab.
Bestimmte Wahnkennzeichen wie Wahnstimmung, Wahndynamik und Wahneinfälle/Wahngedanken korrelieren bezüglich der Häufigkeit ihres Auftretens, d.h. sie liegen in der Regel gemeinsam vor. Mit der Häufigkeit dieser Wahnsymptome korreliert auch die Häufigkeit der wichtigsten Wahnformen, des Beziehungswahns und des Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahns. Gewisse Abweichungen von diesem gekoppelten Auftreten der Symptome zeigt der Grad der Systematisierung des Wahns. Eine Diagnosegruppe mit häufigen Wahnsymptomen und relativ selten systematisiertem Wahn stellt die akute schizophrene Episode dar. Umgekehrt besitzen die schizophrenen Rest- und Defektzustände eine hohe Systematisierung des relativ selten festgestellten Wahns.
Das gekoppelte Auftreten der wichtigsten Wahnkennzeichen läßt eine Differenzierung der einzelnen Schizophrenieformen anhand der Häufigkeit ihrer Wahnsymptome zu. Danach ergibt sich folgende Reihenfolge: 1. Akute schizophrene Episode; 2. Paranoide Schizophrenie; 3. Schizoaffektive Psychose, Hebephrenie, Katatonie; 4. Schizophrene Rest- und Defektzustände.
Die stärksten Ausprägungen von Wahnsymptomen zeigen die paranoide Schizophrenie, die katatone Schizophrenie und die akute schizophrene Episode. Die leichtesten Ausprägungen findet man bei den schizophrenen Rest- und Defektzuständen.

Eine Systematisierung des Wahns bei schizophrenen Psychosen ist am häufigsten bei der paranoiden Schizophrenie und bei schizophrenen Rest- und Defektzuständen anzutreffen.
Die paranoiden Syndrome zeigen bezüglich ihrer Wahnsymptomatik beachtliche Übereinstimmungen mit der paranoiden Schizophrenie. Abweichungen bestehen hinsichtlich der Häufigkeit der Symptome systematisierter Wahn, Beziehungswahn und Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn, die bei paranoiden Syndromen noch häufiger als bei der paranoiden Schizophrenie beobachtet werden. Umgekehrt ist die Ausprägung dieser Störungen wie auch die Ausprägung der übrigen Wahnsymptome bei der paranoiden Schizophrenie deutlich stärker als bei den paranoiden Syndromen.
Für die Differenzierung der nichtorganischen Psychosen in affektiven Psychosen, schizophrene Psychosen und paranoide Syndrome leistet die erfaßte Wahnsymptomatik einen wichtigen Teilbetrag. Bereits die Beantwortung der Frage, ob ein Wahn vorliegt, läßt alternative Rückschlüsse über die Psychoseform zu.
Aussagen zugunsten bestimmter Diagnosegruppen, z.B. aus dem schizophrenen Formenkreis, lassen sich mittels der erfaßten Wahnsymptome nur mit einigen Vorbehalten machen. Sichtbar werden in erster Linie Unterschiede quantitativer Art, die sich in der Häufigkeit der meist gekoppelt auftretenden Störungen ausdrücken.
Die Diagnosegruppen mit Wahnsymptomatik zeigen auch Unterschiede hinsichtlich der Ausprägungen ihrer Wahnsymptome. Innerhalb einer Diagnosegruppe stimmen die Ausprägungen der einzelnen Wahnsymptome in bemerkenswertem Maße überein. Dies betrifft in erster Linie die Wahnkennzeichen Wahnstimmung, Wahnwahrnehmung, Wahneinfälle/Wahngedanken, Wahndynamik und systematisierter Wahn, in zweiter Linie

auch die Ausprägungen der beobachteten Wahnformen. Das benutzte Raster für die Erfassung des Wahngeschehens ist in Anbetracht der Komplexität der Störungen möglicherweise zu grob. Mit Hilfe der wenigen möglichen Aussagen über die Wahnsymptomatik einzelner Diagnosegruppen können die Diagnosegruppen mit Wahnsymptomatik nicht sicher voneinander unterschieden werden. Immerhin heben sich bestimmte Diagnosegruppen durch die Häufigkeit und Ausprägung der angetroffenen Störungen nach beiden Extremen hin von den übrigen Diagnosegruppen ab (besonders die paranoide Schizophrenie und die schizophrenen Rest- und Defektzustände). Die Erwartung, durch eine exaktere Erfassung der Wahnsymptomatik weitergehendere diagnostische Aussage treffen zu können, muß in Anbetracht des diagnoseübergreifenden Wesens von Wahn mit Zurückhaltung betrachtet werden.

Das Auftreten von SINNESTÄUSCHUNGEN in den verschiedenen Diagnosegruppen korreliert in gewissem Umfang mit dem Auftreten von Wahnsymptomen. Bei affektiven Psychosen werden Sinnestäuschungen allerdings noch seltener als Wahnsymptome registriert.
Die meisten Fälle von Sinnestäuschungen sind bei den schizophrenen Psychosen anzutreffen, insbesondere bei der paranoiden Schizophrenie. Die Hälfte der Patienten,bei denen das Symptom Stimmenhören auftrat, wurde als paranoide Schizophrenie eingestuft. Stimmenhören in der Ausprägung "schwer" tritt sogar in über zwei Drittel der Fälle bei Patienten mit paranoider Schizophrenie auf. Bei dieser Diagnose zählen sowohl Wahnsymptome in relativ schwerer Ausprägung als auch ausgeprägte Sinnestäuschungen zum Symptomenbild, und dies eindeutiger als in jeder anderen Diagnosegruppe. Zwar zeigen auch die paranoiden Syndrome und die akute schizophrene Episode

Sinnestäuschungen in einem gewissen Prozentsatz der Fälle, jedoch liegt dieser etwa im Durchschnitt der übrigen Diagnosegruppen mit Wahnsymptomatik. Die schizophrenen Rest- und Defektzustände, bei denen Wahnsymptome vergleichsweise selten und eher leicht ausgeprägt angetroffen werden, zeigen Sinnestäuschungen bemerkenswerterweise ähnlich häufig wie etwa die paranoiden Syndrome.
Bei der akuten schizophrenen Episode werden als häufigste Sinnestäuschung Illusionen (illusionäre Verkennung) beobachtet. Bei den schizophrenen Restzuständen treten Illusionen dagegen nicht auf. Die Häufigkeit der illusionären Verkennung bei der akuten schizophrenen Episode könnte auf eine noch bestehende Bedeutung des tatsächlich Wahrgenommenen für die Wahninhalte hinweisen, wohingegen bei den schizophrenen Restzuständen kein Zusammenhang mehr zu bestehen scheint.

Zusammenfassung:
Treten Sinnestäuschungen bei nichtorganischen Psychosen auf, so ist - ähnlich wie bei Wahnsymptomen - eine schizophrene Episode oder ein paranoides Syndrom anzunehmen. Bei affektiven Psychosen werden keine Sinnestäuschungen verzeichnet. Als Differenzierungsmerkmale der möglichen Diagnosegruppen kommen Sinnestäuschungen nur bedingt in Frage. Die paranoide Schizophrenie hebt sich aufgrund der Häufigkeit und der relativ schweren Ausprägung des Symptoms Stimmenhören von den übrigen Diagnosegruppen ab. Auch aufgrund der relativ schweren Ausprägung von weiteren Sinnestäuschungen (andere akustische Halluzinationen, optische Halluzinationen, Körperhalluzinationen, Geruchs- und Geschmackshalluzinationen) unterscheidet sich die paranoide Schizophrenie von anderen Diagnosegruppen mit relativ häufigen Sinnestäuschungen. Zu den letzteren können gezählt werden: Die paranoiden Syndrome, die schizophrenen Rest- und Defektzustände und die akute schizophrene Episode. Die akute schizophrene Episode unterscheidet sich

von den übrigen Diagnosegruppen durch die Häufigkeit des Symptoms Illusionen.
In den Diagnosegruppen, in denen Sinnestäuschungen angetroffen werden, findet man in keinem Fall das isolierte Auftreten von Sinnestäuschungen einer Qualität. Vielmehr sind in jeder dieser Diagnosegruppen Sinnestäuschungen unterschiedlicher Art möglich.
Stimmenhören stellt im allgemeinen die am häufigsten beobachtete Sinnestäuschung dar (Ausnahme: Akute schizophrene Episode - Illusionen). Andere akustische Halluzinationen sind bei schizophrenen Rest- und Defektzuständen etwas häufiger anzutreffen als in den anderen Diagnosegruppen. Optische Halluzinationen, Körperhalluzinationen, Geruchs- und Geschmackshalluzinationen treten in keiner der Diagnosegruppen bevorzugt auf.
Trotz der genannten Unterschiede zwischen den einzelnen Schizophrenieformen stellen Sinnestäuschungen -isoliert betrachtet- kein geeignetes Unterscheidungsmerkmal dar. Wie das Zahlenmaterial verdeutlichen kann, ist das Auftreten von Sinnestäuschungen eng an das Wahngeschehen gekoppelt.

ICH- UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN werden erwartungsgemäß fast ausschließlich bei schizophrenen Psychosen beobachtet. Die paranoiden Syndrome zeigen nur selten Ich- und Persönlichkeitsstörungen, die affektiven Psychosen so gut wie nie.
Störungen der Ichidentität (im Sinne einer Störung des Einheitserlebens der Person) stehen dem Wortsinn des Begriffs "Schizophrenie" nahe. In der Tat wurden fast sämtliche Patienten mit Störungen der Ichidentität als schizophrene Psychosen eingestuft (schizophrene Psychosen 87 %, affektive Psychosen 7 %, paranoide Syndrome 3 %, andere nichtorganische Psychosen 2 %). In der Ausprägung "schwer" entfallen sogar 95 % der Fälle bei nichtorganischen Psychosen auf die schizophrenen Psychosen.

Störungen der Ichidentität werden vor allem bei der akuten schizophrenen Episode, der paranoiden Schizophrenie, der Hebephrenie und der Katatonie beobachtet. Etwas seltener werden Störungen der Ichidentität bei der schizoaffektiven Psychose und den schizophrenen Rest- und Defektzuständen gefunden. In allen genannten Diagnosegruppen zählt eine Wahnsymptomatik zum Symptomenspektrum. Ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Störungen der Ichidentität und von Wahnsymptomen besteht zwar bei den schizophrenen Psychosen, nicht aber bei den paranoiden Syndromen. Dies gilt in gleichem Maße für andere,ebenfalls fast ausschließlich bei Schizophrenien auftretende Ich- und Persönlichkeitsstörungen wie Autismus, Gedankenausbreitung oder Gedankeneingebung. Die Korrelation zwischen der Häufigkeit von Ich- und Persönlichkeitsstörungen und von Wahnsymptomen erreicht nicht das Ausmaß, wie sie bei Sinnestäuschungen und Wahnsymptomen gefunden wird. Die folgende Tabelle soll dies am Beispiel der Störungen der Ichidentität verdeutlichen:

Diagnosegruppe	Störung der Ichidentität	Wahn	
		Wahnstimmung	Wahndynamik
Akute schiz. Episode	41	76	59
Paranoide Schizophr.	24	61	46
Hebephrenie	24	31	35
Katatonie	21	36	29
Schizoaff. Psychose	15	42	27
Schiz. Restzustände	13	25	31
Paranoide Syndrome	8	55	25

Angaben in % der Fälle.

Tab. 4.5 : Korrelation von Störungen der Ichidentität und von Wahnstimmung/Wahndynamik bei schizophrenen Psychosen und paranoiden Syndromen.

Der Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Störungen der Ichidentität und von Wahnsymptomen ist am eindeutigsten bei der akuten schizophrenen Episode und bei der paranoiden Schizophrenie zu erkennen. Die paranoide Schizophrenie hebt sich von den übrigen aufgeführten Diagnosegruppen durch eine besonders schwere Ausprägung von Störungen der Ichidentität ab. 65 % aller schwer ausgeprägten Fälle bei nichtorganischen Psychosen werden hier beobachtet (Anmerkung: Anteil der paranoiden Schizophrenie an den nichtoganischen Psychosen 19 %, an den schizophrenen Psychosen 37 %).
Bei den paranoiden Syndromen bestehen trotz häufiger Wahnsymptome nur selten Ich- und Persönlichkeitsstörungen. In geringerem Umfang trifft dies auch für die schizoaffektive Psychose zu.
Neben den Störungen der Ichidentität werden bei sämtlichen Schizophrenieformen noch weitere Ich- und Persönlichkeitsstörungen verzeichnet. Sie sind im allgemeinen selten, treten allerdings bei bestimmten Diagnosegruppen gehäuft auf und stellen dann ein Unterscheidungsmerkmal dar. So findet man Autismus außergewöhnlich häufig bei der hebephrenen und der katatonen Schizophrenie. Nennenswert häufig ist Autismus außerdem bei der paranoiden Schizophrenie und bei schizophrenen Rest- und Defektzuständen. Wahnsymptome sind in diesen Diagnosegruppen durchaus häufig, jedoch muß angemerkt werden, daß andere Diagnosegruppen mit gleichwertiger oder noch stärkerer Wahnsymptomatik nur selten autistische Züge zeigen (Beispiele: Akute schizophrene Episode, paranoide Syndrome).
Betrachtet man sämtliche bei nichtorganische Psychosen auftretenden Fälle von Autismus nach Ausprägungsgraden getrennt, dann entfallen bei der Ausprägung "schwer" 100 % und bei der Ausprägung "mittel" 97 % auf die schizophrenen Psychosen. Bemerkenswerterweise ist die Ausprägung des Autismus bei der Hebephrenie im Unterschied zu den meisten anderen Schizophrenieformen vorwiegend leicht.

Die schweren Ausprägungsgrade sind vor allem bei der katatonen und der paranoiden Schizophrenie sowie bei der schizoaffektiven Psychose anzutreffen. Bei affektiven Psychosen, die im Unterschied zu den Schizophrenien im allgemeinen keinen Wahn zeigen, wird Autismus nicht beobachtet. Somit kann festgestellt werden, daß Autismus bei nichtorganischen Psychosen fast ausschließlich als Teilaspekt einer schizophrenen Ich- und Persönlichkeitsstörung auftritt.
Gedankenausbreitung, Gedankenentzug und Gedankeneingebung werden ebenfalls fast ausschließlich bei schizophrenen Psychosen beobachtet, wobei in dieser Gruppe Unterschiede hinsichtlich der im Vordergrund der Symptomatik stehenden Störung bestehen. Bei der akuten schizophrenen Episode findet man in erster Linie Gedankenausbreitung, bei der Katatonie und der paranoiden Schizophrenie Gedankeneingebung. Die schizophrenen Rest- und Defektzustände lassen sowohl Gedankenausbreitung als auch Gedankeneingebung erkennen. Gedankenentzug wird so selten verzeichnet (die Häufigkeit beträgt weniger als 12 % der Fälle in allen Diagnosegruppen), daß von einer relativen Häufung bei einer Diagnosegruppe eigentlich nicht gesprochen werden kann. Allerdings findet man 62 % der auftretenden Fälle bei nichtorganischen Psychosen auf die paranoide Schizophrenie vereint. Die Ausprägungsgrade von Gedankenentzug bei der paranoiden Schizophrenie sind dem Durchschnitt bei nichtorganischen Psychosen vergleichbar.

Die Feststellung, daß die zuletzt besprochenen Störungen fast ausschließlich bei schizophrenen Psychosen auftreten, läßt sich mit folgenden Zahlen belegen: Gedankenausbreitung findet sich in 92 % der Fälle und Gedankeneingebung in 94 % der Fälle bei Schizophrenien. Die "schwer" ausgeprägten Störungen sind ohne Ausnahme bei Schizophrenien anzutreffen.
"Andere Entfremdungserlebnisse" (Derealisationserlebnisse) sind bei reaktiven nichtorganischen Psychosen im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen besonders häufig. Es ist

anzunehmen, daß die Patienten mit reaktiven Psychosen das wahnhafte Erleben mehr als die Patienten der anderen Diagnosegruppen als unwirklich und fremdartig erleben und schildern.

Zusammenfassung:
Die Beobachtung von Ich- und Persönlichkeitsstörungen bei nichtorganischen Psychosen spricht mit hoher Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer schizophrenen Erkrankung. Bei paranoiden Syndromen und bei reaktiven nichtorganischen Psychosen treten Ich- und Persönlichkeitsstörungen nur in seltenen Fällen auf, bei affektiven Psychosen so gut wie nie. Das isolierte Auftreten einer Gruppe von Symptomen bei systematisch zusammengehörigen Psychosen (hier: Schizophrenien) ist in vergleichbarer Deutlichkeit nur in der Gruppe der Sinnestäuschungen und der Verlaufsbesonderheiten festzustellen.
Eine Differenzierung der Schizophrenieformen aufgrund unterschiedlicher und nach Möglichkeit kennzeichnender Ich- und Persönlichkeitsstörungen ist nur sehr bedingt durchführbar. Liegen mehrere Störungen gleichzeitig vor, was bei Schizophrenien denkbar ist, dann läßt dies eine bestimmte Schizophrenieform wahrscheinlicher erscheinen als andere Schizophrenieformen. Eine exakte Abgrenzung ist nicht möglich. Als Anhaltspunkte können die Ausführungen im Ergebnisteil über die Ich- und Persönlichkeitsstörungen der einzelnen Schizophrenieformen dienen. Herausragend ist, um Beispiele zu nennen, die Ausprägung von Störungen der Ichidentität bei der paranoiden Schizophrenie. Bei den schizophrenen Rest- und Defektzuständen fällt die Seltenheit und leichte Ausprägung dieser Störungen auf. Autismus tritt bei der Hebephrenie und der Katatonie häufiger als in den übrigen Diagnosegruppen auf. Das Vorliegen eines einzelnen Symptoms aus der Gruppe der Ich- und Persönlichkeitsstörungen kann somit bereits eine Schizophrenie wahrscheinlich machen,

aber kaum jemals eine bestimmte Schizophrenieform.
Das kombinierte Auftreten von Wahnsymtomen und von Ich- und Persönlichkeitsstörungen ist nur den schizophrenen Psychosen eigen. Eine Korrelation zwischen der Häufigkeit von Wahnsymptomen und von Ich- und Persönlichkeitsstörungen besteht - mit Einschränkungen - bei den schizophrenen Psychosen, nicht dagegen bei den paranoiden Syndromen. Daraus kann durchaus der Schluß gezogen werden, daß Ich- und Persönlichkeitsstörungen keine Wahnkennzeichen, sondern möglicherweise isoliert vom Wahngeschehen einen wichtigen Teilaspekt der schizophrenen Geistesstörung darstellen.

VERSTIMMUNGEN UND GEFÜHLSSTÖRUNGEN bilden in jeder Diagnosegruppe einen festen Bestandteil der Symptomatik. Die große Zahl von erfaßten Störungen ermöglicht in besonders geeigneter Weise die in der Einführung dargestellte Unterteilung der Symptome in Symptomklassen. Das Ziel dieses Vorgehens ist, Symptome zu finden, die für den Untersucher bei der Diagnosefindung richtungsweisend sein könnten
Eine erste Klasse von Symptomen bilden die Symptome, die in allen oder fast allen Diagnosegruppen unter Berücksichtigung einer gewissen Streubreite etwa gleich häufig auftreten. Diese Symptome können mit gewissen Einschränkungen als gemeinsame Kennzeichen der nichtorganischen Psychosen verstanden werden, insbesondere, wenn es sich um häufig beobachtete Symptome handelt. Hierzu zählen folgende affektive Störungen: Gespannt, ratlos (Einschränkung: Manie) innerlich unruhig (Einschränkung: Katatonie) und ängstlich (Ausnahme: Manie).
Untersucht man die Verteilung der zuletzt genannten Symptome auf schizophrene Psychosen, affektive Psychosen, paranoide Syndrome und reaktive nichtorganische Psychosen, dann ergibt sich folgendes Bild:

Von allen auftretenden Fällen entfallen

Symptom	Schiz.Psych. (50% d.Pat.)	Aff.Psych. (42%)	Paranoide S. (4%)	Reakt.Psych. (4%)
gespannt	58	33	5	3
ratlos	52	38	4	4
innerlich unruhig	45	47	5	3
ängstlich	44	47	4	4

Angaben in % der Fälle

Tab. 4.6 : Verteilung der häufigsten affektiven Symptome bei nichtorganischen Psychosen auf die einzelnen Psychoseformen

Anhand der Tabelle wird ersichtlich, daß die Symptome "gespannt" und "ratlos" etwas häufiger bei schizophrenen Psychosen, die Symptome "innerlich unruhig" und"ängstlich"etwas häufiger bei affektiven Psychosen gefunden werden.
Betrachtet man nur die Fälle, in denen diese Symptome in der Ausprägung "schwer" vorliegen, dann ergibt sich folgendes Bild:

Symptom	Schiz.Psych. (50% d.Pat.)	Aff.Psych. (42%)	Paranoide S. (4%)	Reakt.Psych. (4%)
gespannt	60	35	2	2
ratlos	68	30	1	1
innerlich unruhig	47	48	4	0
ängstlich	46	44	7	3

Angaben in % der Fälle

Tab. 4.7 : Verteilung der Fälle, bei denen die häufigsten affektiven Symptome in der Ausprägung "schwer" vorliegen, auf die einzelnen Psychoseformen.

Die Zahlen belegen die besonders schwere Ausprägung der Symptome "ratlos" und"gespannt" bei schizophrenen Psychosen im Vergleich zu affektiven Psychosen. Dagegen ist die Ausprägung der Symtome "innerlich unruhig" und "ängstlich" bei schizophrenen und affektiven Psychosen in etwa ausgewogen. Innere Unruhe und ängstliches Verhalten sind somit Störungen, deren Vorliegen im Grunde keine Aussage zugunsten einer bestimmten Psychoseform zuläßt.
Die Ausprägung der hier untersuchten affektiven Störungen kann nur in wenigen Fällen und selbst dann nur mit Vorbehalten zur Differenzierung der Diagnosegruppen herangezogen werden. Als Beispiele für diese wenigen Fälle können die folgenden Symptome genannt werden:

gespannt
- besonders stark ausgeprägt bei der katatonen und der paranoiden Schizophrenie
- am leichtesten ausgeprägt bei den depressiven affektiven Psychosen

ratlos
- besonders stark ausgeprägt bei der akuten schizophrenen Episode, der schizoaffektiven Psychose, der katatonen und der paranoiden Schizophrenie
- am leichtesten ausgeprägt bei der Manie, den schizophrenen Rest- und Defektzuständen und der Hebephrenie

ängstlich
- besonders leicht ausgeprägt bei der Hebephrenie und schizophrenen Rest- und Defektzuständen

Das Symptom "innerlich unruhig" liegt in allen Diagnosegruppen in vorwiegend mittlerer Ausprägung vor.

Die Aussagekraft einzelner Symptome zugunsten bestimmter Diagnosegruppen ist bei einer weiteren Symptomklasse, die nunmehr abgehandelt werden soll, am höchsten.

Diese zweite Klasse von Symptomen bilden die Symptome, die

nur in einer oder in sehr wenigen Diagnosegruppen besonders häufig bzw. besonders selten sind. Solche Symptome können Unterscheidungsmerkmale der Diagnosegruppen darstellen und hierdurch der Diagnosefindung dienen. Außerdem können sie für die Erstellung von Symptomprofilen der einzelnen Diagnosegruppen wertvoll sein.

In der folgenden Tabelle erscheinen die Verstimmungen und Gefühlsstörungen, die in einer bestimmten Diagnosegruppe außergewöhnlich häufig angetroffen werden. Darüberhinaus gibt die Tabelle Auskunft darüber, in welchen Diagnosegruppen die Ausprägung der aufgeführten Symptome am relativ schwersten ist. Damit kann entschieden werden, ob die untersuchten affektiven Symptome in den Diagnosegruppen mit besonders großer Häufigkeit auch am schwersten ausgeprägt sind.

S y m p t o m	Diagnosegruppe mit der größten Häufigkeit des Symptoms	Diagnosegruppen mit der relativ schwersten Ausprägung des Symptoms
Störung der Vitalgefühle	depress.aff.Psychosen	1. Zyklothymie 2. Depress.aff. Psychosen
deprimiert/ traurig	depress.aff.Psychosen	1. Depress.aff.Psychosen 2. Zyklothymie 3. Schizoaff. Psychosen
hoffnungslos/ verzweifelt	depress.aff.Psychosen	1. Zyklothymie 2. depress.aff. Psychosen 3. Schizoaff. Psychose , paranoide Schizophrenie
Insuffizienz/ gefühl	depress.aff.Psychosen	1. Zyklothymie 2. Schizoaff.Psychose, depress.aff. Psychosen
Schuldgefühl	depress.aff.Psychosen	1. Zyklothymie 2. depress.aff. Psychosen
klagsam/ jammerig	depress.aff.Psychosen	1. Katatonie 2. Schiz. Restzustände 3. Depress.aff. Psychosen

Symptome	Diagnosegruppe mit der größten Häufigkeit des Symptoms	Diagnosegruppen mit der relativ schwersten Ausprägung des Symptoms
gehoben/ euphorisch	Manie	1. Zyklothymie 2. Schizoaff. Psychosen 3. Manie
gest. Selbstwertgefühl	Manie	1. Zyklothymie 2. Paranoide Syndrome 3. Manie, schizoaff. Psychosen, Katatonie
gefühlsverarmt/ affektarm	schizophrene Rest-und Defektzustände	1. Schizoaff. Psychosen 2. Schiz. Restzustände
affektstarr	schizophrene Rest-und Defektzustände	1. Schizoaff. Psychosen 2. Zyklothymie, schiz. Restzustände, paranoide Syndrome
gespannt	Akute schiz. Episode	1. Katatonie 2. Zyklothymie, paranoide Schizophrenie

Tab. 4.8: Übersicht über Verstimmungen und Gefühlsstörungen mit herausragender Häufigkeit bei einer Diagnosegruppe.
Übersicht über die Diagnosegruppen mit der relativ schwersten Ausprägung dieser Symptome.

Einige wenige Störungen sind in einer bestimmten Diagnosegruppe außergewöhnlich selten. Solche Symptome sind:

deprimiert/traurig ängstlich	bei Manien
innerlich unruhig	bei Katatonien
ratlos	bei Manien

Die bisher aufgeführten Fälle können folgendes zeigen:
Die Verstimmung und Gefühlstörungen, die eine bestimmte Diagnosegruppe bis zu einem gewissen Grad wahrscheinlich machen, werden vor allem bei affektiven Psychosen gefunden.
Diejenigen Symptome, die bei depressiven affektiven Psychosen außergewöhnlich häufig sind, sind in dieser Diagnosegruppe bzw. bei der Zyklothymie auch am stärksten ausgeprägt anzutreffen. Die kennzeichnenden affektiven Symptome der Manie sind nicht gleichzeitig am relativ stärksten ausgeprägt. Die häufigen affektiven Symptome der depressiven affektiven Psychosen stellen im allgemeinen die besonders seltenen der Manie dar und umgekehrt. Die Unterschiede in der affektiven Symptomatik der depressiven affektiven Psychosen und der Manie sind so gravierend, daß kein Symptom aus der Gruppe der Verstimmungen und Gefühlsstörungen gefunden werden kann, das für die affektiven Psychosen als Gruppe kennzeichnend wäre. Aus den genannten Gründen gelingt zwar die Abgrenzung der depressiven affektiven Psychosen und der Manie von den übrigen Diagnosegruppen, nicht aber eine Abgrenzung der affektiven Psychosen als Ganzes von den übrigen Diagnosegruppen wegen der fehlenden gemeinsamen affektiven Störungen. In diesem Fall erschiene es zweckmäßig, die affektiven Psychosen aus übergeordneter Sicht als diagnostische Einheit zu betrachten.
Die Sonderstellung der depressiven affektiven Psychosen

aufgrund der Häufigkeit und der starken Ausprägung der sie kennzeichnenden affektiven Symptome wird noch deutlicher, wenn man sämtliche Fälle, in denen diese Symptome bei nichtorganischen Psychosen auftreten, auf die gestellten Diagnosen (Psychoseformen) hin untersucht:

Symptom	Affektive Psychosen (42% d.Pat.)	Schizophrene Psychosen (50%)	Paranoide Syndrome (4%)	Reaktive nichtorg.P. (4%)	Depressive aff.Ps. (32%)
		sämtliche Fälle			
Störung d. Vitalgef.	69	26	6	1	61
deprimiert/ traurig	60	33	4	2	52
hoffnungsl./ verzweifelt	62	32	3	2	56
Insuffiz. gefühl	67	28	2	2	60
Schuldgef.	75	21	2	2	67
klagsam/ jammerig	72	24	1	0	64
		Fälle in der Ausprägung "schwer"			
Störung d. Vitalgef.	86	13	0	1	71
deprimiert/ traurig	77	21	2	0	67
hoffnungsl./ verzweifelt	71	27	2	0	62
Insuffiz.	75	23	0	1	65
Schuldgef.	91	7	2	0	77
klagsam/ jammerig	90	10	0	0	88

Angaben in % der Fälle

Tab. 4.9 : Verteilung der für die depressiven affektiven Psychosen typischen affektiven Symptome auf die einzelnen Psychoseformen; Betrachtung sämtlicher Fälle bei nichtorganischen Psychosen sowie der "schwer" ausgeprägten Fälle. Die depressiven affektiven Psychosen sind gesondert aufgeführt.

Die Tabelle zeigt eindrucksvoll die Häufung und besonders starke Ausprägung der aufgeführten affektiven Symptome bei depressiven affektiven Psychosen. Im Durchschnitt werden zwei Drittel der "schwer" ausgeprägten Fälle dieser Symptome bei depressiven affektiven Psychosen (32 % aller Patienten) beobachtet. Auf die affektiven Psychosen insgesamt entfallen ca. drei Viertel der "schwer" ausgeprägten Fälle. Will man eine Reihenfolge der häufigsten, für die depressiven affektiven Psychosen kennzeichnenden affektiven Symptome erstellen, dann ergibt sich: 1. Schuldgefühl, klagsam/jammerig; 2. Störung der Vitalgefühle; 3. Insuffizienzgefühl, deprimiert/traurig, hoffnungslos/verzweifelt.

Die verschiedenen Schizophrenieformen zeigen im Kern vergleichbare Verstimmungen und Gefühlsstörungen, obschon bei vielen Symptomen erhebliche Häufigkeits- und Ausprägungsunterschiede festzustellen sind. Das Auftreten eines einzelnen Symptoms läßt keinerlei Rückschlüsse auf die vorliegende Schizophrenieform zu. Diagnostische Schlüsse lassen sich erst aus einer Kombination von mehreren, gleichzeitig vorliegenden Störungen ziehen. Die Wahrscheinlichkeit, daß eine bestimmte Schizophrenieform vorliegt, steigt mit der Zahl der bei dieser Schizophrenieform häufigen und damit "erwarteten" Symptome.

Die schizoaffektive Psychose zeichnet sich durch eine besonders starke Ausprägung ihrer affektiven Symptomatik aus (siehe Tabelle 4.8). Besonders müssen hier genannt werden: Die "depressiven" Symptome Insuffizienzgefühl, deprimiert/traurig, hoffnungslos/verzweifelt; die "manischen" Symptome gehoben/euphorisch, gesteigertes Selbstwertgefühl; außerdem die auch bei der schizoaffektiven Psychose häufigen Symptome

ratlos und ängstlich sowie die seltenen Symptome gefühlsverarmt/affektarm und affektstarr.

Eine dritte Klasse von Symptomen stellen die Symptome dar, die hauptsächlich oder ausschließlich bei schizophrenen Psychosen, affektiven Psychosen, paranoiden Syndromen oder bei reaktiven nichtorganischen Psychosen angetroffen werden. Solche Symptome sind selten.
Wie bereits aufgeführt, vermögen die häufigen affektiven Symptome der depressiven affektiven Psychosen alleine die affektiven Psychosen nicht zu kennzeichnen. Erst die Einbeziehung der manischen Affektstörungen ergibt ein gültiges Gesamtbild.-So betrachtet, sind diese Symptome für den Versuch einer gegenseitigen Abgrenzung der nichtorganischen Psychosen überaus wertvoll.
Das Symptom affektiv inadäquat ist in diesem Zusammenhang besonders erwähnenswert. Es wird bei allen Schizophrenieformen regelmäßig angetroffen und darf im hohen Maße als gemeinsames und alleiniges Kennzeichen der schizophrenen Psychosen betrachtet werden. 78 % aller Fälle bei nichtorganischen Psychosen entfallen auf die schizophrenen Psychosen (affektive Psychosen 15%, paranoide Syndrome und reaktive nichtorganische Psychosen je 3%). Bei den Fällen in der Ausprägung "schwer" handelt es sich ebenfalls in 78 % um eine schizophrene Psychose.
Das Symptom mißtrauisch/feindselig wird außerordentlich häufig bei paranoiden Syndromen und bei einem Teil der schizophrenen Psychosen angetroffen, bei den affektiven Psychosen ist es durchwegs selten.
Einige Symptome bevorzugen bestimmte Gruppen von Psychosen, ohne deshalb als Charakteristika dieser Gruppen gelten zu können. Dazu zählen die bereits genannten Symptome gespannt und ratlos (häufiger und stärker ausgeprägt bei schizophrenen Psychosen), außerdem das Symptom gefühlsverarmt/affektarm (häufiger bei schizophrenen Psychosen).

Die paranoiden Syndrome zeigen eine in der Summe charakteristische Kombination von affektiven Störungen. Als Eigenart kann das relativ häufige Auftreten von mißtrauischem/feindseligem Verhalten gelten. Bei paranoiden Syndromen vermißt man eine Reihe von Symptomen, die bei schizophrenen Psychosen häufig anzutreffen sind (z.B. affektiv inadäquat, gefühlsverarmt/affektarm).
Die Erstellung von diagnoseeigenen Symptomprofilen erscheint in der Gruppe der Verstimmungen und Gefühlsstörungen sinnvoll. Die Differenzierung der Diagnosegruppen anhand dieser Profile gelingt am besten bei den Konstellationen depressive affektive Psychosen/Manie, affektive Psychosen/Schizophrenien und affektive Psychosen/paranoide Syndrome. Bei allen übrigen Konstellationen ist eine derartige Unterscheidung nur zu einem geringeren Grad mit der gebotenen ausreichenden Zuverläßigkeit und Gültigkeit durchführbar. In diesen Fällen bestehen weitgehende Überschneidungen in Bezug auf die affektive Symptomatik, so daß eine sinnvolle Abgrenzung in vielen Fällen unmöglich und eine diagnostische Aussage allein auf dem Boden der affektiven Symptomatik fragwürdig gerät.
Eine Vorstellung von der Art "erwarteten" Symptome geben die Symptomtabellen jeder Diagnosegruppe im Anhangsteil.

Zusammenfassung:
Verstimmungen und Gefühlsstörungen bilden ein gemeinsames Merkmal der nichtorganischen Psychosen. Diagnostische Schlüsse können in der Regel nicht aus einzelnen Symptomen, sondern aus dem gleichzeitigen Vorliegen mehrerer Symptome gezogen werden. Die affektiven Psychosen zeichnen sich dadurch aus, daß einige wenige Symptome außergewöhnlich häufig und stark ausgeprägt angetroffen werden. Von den Patienten mit nichtorganischen Psychosen, die die Symptome Störung der Vitalgefühle, deprimiert/traurig, hoffnungslos/verzweifelt sowie Insuffizienzgefühl in der Ausprägung

"schwer" aufweisen, leiden zwei Drittel an depressiven affektiven Psychosen. Bei stark ausgeprägten Schuldgefühlen handelt es sich in drei von vier Fällen um depressive affektive Psychosen, bei dem Symptom klagsam/jammerig sogar in sieben von acht Fällen. Die Manie zeigt ebenfalls eine charakteristische Konstellation von Verstimmungen und Gefühlsstörungen.
Die genannten affektiven Psychosen heben sich aufgrund ihrer Symptomatik deutlich von den übrigen Diagnosegruppen ab. Folgende Beispiele sollen der Verdeutlichung dienen:

1. Beispiel: Abgrenzung der depressiven affektiven Psychosen von paranoiden Syndromen. Bei paranoiden Syndromen können die Symptome Störungen der Vitalgefühle, deprimiert/traurig, hoffnungslos /verzweifelt, evtl. Insuffizienzgefühl auftreten, wenn auch mit geringerer Wahrscheinlichkeit und in der Regel schwächer ausgeprägt als bei depressiven affektiven Psychosen. Dagegen vermißt man bei paranoiden Syndromen Schuldgefühle und klagsames/jammeriges Verhalten. Auf der anderen Seite ist das Auftreten von mißtrauischem/feindseligem Verhalten bei paranoiden Syndromen sehr wahrscheinlich, bei depressiven affektiven Psychosen dagegen unwahrscheinlich.
2. Beispiel: Abgrenzung der depressiven affektiven Psychosen gegenüber der schizoaffektiven Psychose. Bei der schizoaffektiven Psychose können die depressiven Symptome Störungen der Vitalgefühle, deprimiert/traurig, hoffnungslos/verzweifelt, Insuffizienzgefühl und evtl. Schuldgefühl auftreten, wenn auch im Vergleich zu depressiven affektiven Psychosen mit geringerer Wahrscheinlichkeit. Dagegen fehlt das Symptom klagsam/jammerig bei der schizoaffektiven Psychose. Letztere zeigt in vielen Fällen die Symptome affektiv inadäquat und gehoben/euphorisch, die bei depressiven affektiven Psychosen nicht vorkommen.

Die schizophrenen Psychosen weisen in der Regel eine größere Vielfalt an Symptomen auf als die übrigen Diagnosegruppen. Die Häufigkeit der einzelnen Symptome erreicht

nur selten den hohen Stand wie bei den affektiven Psychosen. Den Schizophrenien gemeinsam ist das häufige Auftreten von affektiv inadäquatem Verhalten. Nur wenige Symptome leisten einen Hinweis auf eine bestimmte Schizophrenieform (Beispiele: Gefühlsverarmt/affektarm und affektstarr ⟶ schizophrene Rest- und Defektzustände). Unterschiede zwischen den verschiedenen Schizophrenieformen bestehen hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Reihe von Symptomen (siehe Tabelle 0.5). Die Unterschiede zwischen den Schizophrenieformen im Hinblick auf ihre affektive Symptomatik sind aber nicht so bedeutsam, daß für jede Diagnosegruppe ein definiertes Symptommuster als eindeutiger Hinweis auf die jeweilige Diagnosegruppe gefunden werden könnte. Zur Diagnosefindung ist die Einbeziehung weiterer Symptomgruppen unerläßlich.
Eine Reihe von Symptomen kann in sämtlichen Diagnosegruppen regelmäßig angetroffen werden: Gespannt, ratlos und innerlich unruhig. Diese Symptome leisten nur einen geringen Beitrag zur Differenzierung der Diagnosegruppen. Sie können als gemeinsame Merkmale der nichtorganischen Psychosen betrachtet werden (Ausnahme: Manie).

PSYCHOMOTORISCHE STÖRUNGEN treten bei schizophrenen Psychosen in vielfältiger Form in Erscheinung. In jeder Diagnosegruppe ist ein breites Spektrum von Störungen zu verzeichnen. Bei affektiven Psychosen findet man dagegen in jeder Diagnosegruppe nur einige wenige verschiedenartige Symptome. Im wesentlichen handelt es sich dabei um folgende häufige Symptome: Antriebsarm, antriebsgehemmt, antriebsgesteigert, motorisch unruhig und logorrhoisch. Eine Reihe anderer Störungen, die zur Vielfalt der Symptomatik bei den schizophrenen Psychosen beitragen, vermißt man bei affektiven Psychosen (z.B. stuporös, mutistisch, Parakinesen/Stereotypien, negativistisch, maniriert).

Bei paranoiden Syndromen ist die Zahl der auftretenden psychomotorischen Störungen ebenfalls sehr begrenzt (im wesentlichen auf drei: Antriebsarm, antriebsgesteigert, motorisch unruhig).
Untersucht man die Verteilung der bei nichtorganischen Psychosen häufig auftretenden psychomotorischen Störungen auf schizophrene Psychosen,affektive Psychosen, paranoide Syndrome und andere nichtorganische Psychosen, dann ergibt sich folgendes Bild:

Symptom	Schizophr. Psychosen (50% d.Pat.)	Affektive Psychosen (42%)	Paranoide Syndrome (4%)	Reakt.nichtorg. Psychosen (4%)
antriebsarm	44	50	3	2
antriebsgehemmt	30	65	2	2
antriebsgesteigert	55	37	3	3
motorisch unruhig	56	38	3	2

Angaben in % der Fälle

Tab. 4.10 : Verteilung der häufigsten psychomotorischen Störungen bei nichtorganischen Psychosen auf die einzelnen Psychoseformen (sämtliche Fälle).

Betrachtet man nur die Fälle, in denen diese Störungen in schwerer Ausprägung gefunden werden, dann ergibt sich ein ähnliches Bild:

Symptom	Schizophr. Psychosen (50% d.Pat.)	Affektive Psychosen (42%)	Paranoide Syndrome (4%)	Reakt.nichtorg. Psychosen (4%)
antriebsarm	46	53	0	0
antriebsgehemmt	31	67	3	0
antriebsgesteigert	49	49	2	0
motorisch unruhig	45	47	2	2

Angaben in % der Fälle

Tab. 4.11 : Verteilung der häufigsten psychomotorischen Störungen bei nichtorganischen Psychosen auf die einzelnen Psychoseformen (nur Fälle in der Ausprägung "schwer").

Die obigen Tabellen können zeigen, daß die Symptome antriebsarm, antriebsgesteigert und motorisch unruhig bei keiner der Psychoseform gehäuft oder relativ schwerer ausgeprägt auftreten.
Das Symptom antriebsgehemmt wird bei affektiven Psychosen deutlich häufiger als bei schizophrenen Psychosen angetroffen; die durchschnittliche Ausprägung unterscheidet sich jedoch nicht.
Vergleicht man die psychomotorischen Störungen der Manie und die der depressiven affektiven Psychosen, so stellt man eine vollkommen unterschiedliche Symptomatik fest.
Die häufigen psychomotorischen Störungen der depressiven affektiven Psychosen (antriebsarm, antriebsgehemmt) fehlen bei der Manie; umgekehrt sind die häufigen psychomotorischen Störungen der Manie bei depressiven affektiven Psychosen eher selten (antriebsgesteigert, motorisch unruhig) oder fehlen (logorrhoisch).
Die einzelnen Schizophrenieformen lassen sich erheblich schwieriger voneinander abgrenzen. Eine Reihe von psychomotorischen Störungen ist bei nahezu allen Schizophrenieformen häufig zu finden: Antriebsarmut, Antriebssteigerung und motorische Unruhe. Diese Störungen zählen auch bei affektiven Psychosen zu den wenigen, die in mindestens einer Diagnosegruppe häufig zu finden sind.
Die wenigen Ausnahmen, in denen diese Störungen bei Schizophrenien selten sind oder fehlen, helfen die jeweiligen Diagnosegruppe zu kennzeichnen. So fehlt das Symptom Antriebsarmut bei der akuten schizophrenen Episode; bei den schizophrenen Rest- und Defektzuständen ist nur selten eine Antriebssteigerung oder eine motorische Unruhe erkennbar.

Umgekehrt kommen bestimmte Störungen in einer oder zwei Diagnosegruppen mit Abstand häufiger als in den anderen Diagnosegruppen vor. Beispiele: Stupor, Mutismus und Negativismus bei der Katatonie, Parakinesen/ Stereotypien sowohl bei der Katatonie als auch bei der Hebephrenie.
Eine Reihe von selteneren psychomotorischen Störungen tritt bei keiner der Schizophrenieformen gehäuft auf. Beispiele: Antriebsgehemmt, logorrhoisch und maniriert. Diese Störungen leisten keinen Beitrag zur gegenseitigen Abgrenzung der Symptomatik von schizophrenen Psychosen.

Zusammenfassung:
Psychomotorische Störungen sind ein fester Bestandteil der Symptomatik von nichtorganischen Psychosen. In fast jeder Diagnosegruppe können die Symptome Antriebsarmut, Antriebssteigerung und motorische Unruhe auftreten. Antriebsstörungen stellen ein gemeinsames Merkmal der nichtorganischen Psychosen dar. Sie sind in jeder Diagnosegruppe bei mindestens der Hälfte der Patienten festzustellen (Ausnahme: Akute schizophrene Episode - ein Viertel). Die Diagnosegruppen zeigen erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Art der überwiegend vorliegenden Antriebsstörung. Diese Unterschiede sind sowohl unter den affektiven Psychosen als auch unter den schizophrenen Psychosen bei vergleichbarer Ausprägung der Störungen feststellbar. Eine alleinige oder überwiegende Steigerung der Antriebs kennt man bei der Manie und der akuten schizophrenen Episode. Durch Antriebsarmut zeichnen sich die schizophrenen Rest- und Defektzustände, die depressiven affektiven Psychosen und die Hebephrenie aus. Bei den übrigen Diagnosegruppen können sowohl Antriebsarmut als auch Antriebssteigerung angetroffen werden, wobei die Wahrscheinlichkeit des Auftretens jeweils einer Antriebsstörung überwiegt.
Aus dem Vorliegen einer psychomotorischen Störung kann im allgemeinen nicht auf eine bestimmte Diagnosegruppe oder beispielsweise auf eine schizophrene Erkrankung geschlossen

werden. Jedoch darf stuporöses und mutistisches Verhalten, evtl. zusammen mit der Beobachtung von Parakinesen/Stereotypien und negativistischem Verhalten, als deutlicher Hinweis auf eine katatone Schizophrenie gewertet werden, da diese Störungen, besonders in der Kombination, bei den anderen Diagnosegruppen erheblich seltener auftreten.
Symptome wie stuporös, mutistisch, Parakinesen/Stereotypien, negativistisch und maniriert werden fast ausschließlich bei schizophrenen Psychosen beobachtet.
Die Beobachtung von mehreren psychomotorischen Störungen bei einem Krankheitsbild kann als Hinweis auf die vorliegende Psychoseform gewertet werden. Bei den schizophrenen Psychosen sind die auftretenden psychomotorischen Störungen von vielfältiger Art (Ausnahme: Schizophrene Restzustände). Die affektiven Psychosen und die paranoiden Syndrome zeigen eine durchwegs monotone Symptomatik, die sich nur aus wenigen Symptomen zusammensetzt.
Die Abgrenzung der depressiven affektiven Psychosen von der Manie hinsichtlich der psychomotorischen Störungen gelingt wesentlich leichter und eindeutiger als die gegenseitige Abgrenzung der Schizophrenieformen.
An diesem Punkt kann eine Parallele zu dem hergestellt werden,was bereits im Bezug auf Verstimmungen und Gefühlsstörungen und im Bezug auf formale Denkstörungen festgestellt wurde: Bei schizophrenen Psychosen besteht in fast jeder Diagnosegruppe eine Vielfalt an Symptomen. Die affektiven Psychosen zeigen dagegen eine durchwegs monotone Symptomatik und bedeutende Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen.

VERLAUFSBESONDERHEITEN verdienen deshalb besondere Beachtung weil sie nur bei drei Diagnosegruppen in nennenswerter Häufigkeit auftreten: Bei depressiven affektiven Psychosen, bei der Zyklothymie und bei der schizoaffektiven

Psychose. Bei Verlaufsbesonderheiten handelt es sich fast ausschließlich um abendliche Besserungen. Andere Verlaufsbesonderheiten werden so selten beobachtet, daß sie als Einzelerscheinungen betrachtet werden müssen.

Die einzige Diagnosegruppe, in der eine abendliche Besserung regelmäßig zu verzeichnen ist, ist die Gruppe der depressiven affektiven Psychosen (die Häufigkeit beträgt 56 % der Fälle). Bei der Zyklothymie und der schizoaffektiven Psychose wird eine abendliche Besserung deutlich seltener festgestellt (bei 22 % bzw. 16 % der Fälle).

Zusammenfassung:
Verlaufsbesonderheiten werden fast ausschließlich in Form einer abendlichen Besserung gefunden. Von allen Patienten, die eine abendliche Besserung zeigen, leiden 80 % an depressiven affektiven Psychosen und je 10 % an einer Zyklothymie oder an einer schizoaffektiven Psychose. Bei den Fällen, in denen eine abendliche Besserung in der Ausprägung "schwer" auftritt, handelt es sich sogar in 90 % um depressive affektive Psychosen. Die fehlenden 10 % entfallen auf die Zyklothymie. Nachdem bei der Manie keine abendliche Besserung beobachtet wird, darf dieses Symptom, vor allem wenn es "schwer" ausgeprägt vorliegt, als wertvoller Hinweis auf die Gruppe der depressiven affektiven Psychosen bzw. auf eine Zyklothymie gesehen werden. Als nahezu einzige Alternative kann eine schizoaffektive Psychose in Frage kommen. Die übrigen Schizophrenieformen zeigen keine abendliche Besserung.

STÖRUNGEN DES TRIEB- UND SOZIALVERHALTENS, PFLEGEBEDÜRFIGKEIT: Eine Reihe von Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens ist in nahezu jeder Diagnosegruppe häufig anzutreffen. Diese Symptome können allenfalls für die nichtorganischen Psychosen als solche kennzeichnend

sein. Dazu zählen folgende Symtome:

Kontakt vermindert	Ausnahme:	Manie
Krankheitsgefühl	Ausnahme:	Akute schizophrene Episode
Mangel an Krankheitsgefühl	Ausnahmen:	Depressive affektive Psychosen, Katatonie
Mangel an Krankheitseinsicht	Ausnahme:	Depressive affektive Psychosen

Seltener, aber ebenso fast in allen Diagnosegruppen vertreten, sind folgende Störungen:

Ablehnung der Behandlung	Ausnahme:	Depressive affektive Psychosen, Katatonie
Aggressionstendenzen	Ausnahmen:	Paranoide Syndrome, depressive affektive Psychosen
Beschäftigung erschwert	Ausnahmen:	Akute schizophrene Episode, Manie

Die genannten Ausnahmen haben - für sich betrachtet - eine geringe Aussagekraft zugunsten einer bestimmten Diagnosegruppe. Sie bedeuten zumeist, daß ein Symptom in einer oder zwei Diagnosegruppen relativ selten anzutreffen ist, d.h. daß es mit geringerer Wahrscheinlichkeit als in den anderen Diagnosegruppen auftritt. In einigen Fällen kann eine gegenteilige Störung gefunden werden (z.B. bei der Manie; Kontakt vermehrt).
Einige Störungen sind in sämtlichen Diagnosegruppen so selten, daß schon allein deshalb keine diagnosebezogenen Aussagen statthaft sind: Suizidhandlungen, Aggressionshandlungen (fehlen jedoch bei depressiven affektiven Psychosen) und Nahrungsablehnung.
Störungen, die nur in einer oder in wenigen Diagnosegruppen gehäuft auftreten und deshalb zur Differenzierung der Symptomatik wertvoll sein könnten, sind selten. Folgende Störungen kommen hierfür in Frage: Kontakt vermehrt (Manie), Sexualität gesteigert (Manie), Suizidtendenzen (depressive affektive Psychosen, paranoide Syndrome).

Die folgenden Symptome sind bei den genannten Diagnosegruppen am wahrscheinlichsten zu erwarten: Verminderung der Sexualität (bei schizophrenen Rest- und Defektzuständen, depressiven affektiven Psychosen und Hebephrenien), Unselbständigkeit beim Essen und in der Körperpflege, Bettlägerigkeit (bei Katatonien).
Die häufigen Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens können mit wenigen Ausnahmen in sämtlichen Diagnosegruppen vorgefunden werden. Die wenigen Ausnahmen (siehe oben) betreffen hauptsächlich die depressiven affektiven Psychosen und die Manie. In diesen Diagnosegruppen, besonders bei den depressiven affektiven Psychosen, ist die Zahl der häufig auftretenden Störungen sehr begrenzt. Die häufigen Störungen der depressiven affektiven Psychosen zählen bei der Manie zu den seltenen (oder fehlenden) Störungen und umgekehrt.
Als Beispiele seien genannt:

Symptom	depressive affektive Psychosen	Manie
Kontakt vermindert	52	18
Suizidtendenzen	39	3
Kontakt vermehrt	1	42
Mangel an Krankheitsgefühl	5	48
Mangel an Krankheitseinsicht	15	58
Aggressionstendenzen	2	30

Angaben in % der Fälle

Tab. 4.12 : Häufigkeit von kennzeichnenden affektiven Störungen bei den depressiven affektiven Psychosen und der Manie

Aufgrund der gravierenden Unterschiede in der Symptomatik von depressiven affektiven Psychosen und Manien ist eine Differenzierung dieser Diagnosegruppen möglich.
Die schizophrenen Psychosen zeigen untereinander weit größere Übereinstimmung bezüglich der hier betrachteten

Störungen als die affektiven Psychosen. Außerdem besteht eine -allerdings nur um Nuancen größere - Symptomenvielfalt.
Es gibt kein Symptom, das für eine der Schizophrenieformen spezifisch wäre. Die Häufigkeit der verschiedenen Störungen variiert bei Schizophrenien von Diagnosegruppe zu Diagnosegruppe, allerdings nicht in dem Ausmaß wie bei affektiven Psychosen. Auch in der Kombination ergeben die Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens bei schizophrenen Psychosen kein sicheres Unterscheidungsmerkmal.
Als Gemeinsamkeit der schizophrenen Psychosen, die diese mit den paranoiden Syndromen teilen, kann das kombinierte Auftreten von verminderten Sozialkontakten und mangelnder Krankheitseinsicht gelten.
Die paranoiden Syndrome zeigen ähnliche Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens wie die schizophrenen Psychosen. Unterschiede bestehen hinsichtlich des Auftretens von Suizidtendenzen (bei paranoiden Syndromen deutlich häufiger) und von Aggressionstendenzen (fehlen bei paranoiden Syndromen).
Bei reaktiven nichtorganischen Psychosen sind die hier betrachteten Störungen im allgemeinen seltener anzutreffen als in den übrigen Diagnosegruppen.

Zusammenfassung:
Die meisten der bei nichtorganischen Psychosen auftretenden Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens lassen keine Aussagen über mögliche Diagnosen zu.
Vermehrte Kontakte treten zwar bei der Manie gehäuft auf; allerdings können auch in anderen Diagnosegruppen vermehrte Kontakte gefunden werden. Bei "schwer" ausgeprägten Suizidtendenzen handelt es sich in zwei von drei Fällen um eine depressive affektive Psychose. Die affektiven Psychosen zeigen typische Muster von Symptomen (siehe die Symptomtabellen im Anhang). Als Beispiel sei hier die typische Symptomenkonstellation genannt, die eine Manie wahrscheinlich macht: Kontakt vermehrt, Mangel an Krank-

heitsgefühl, Mangel an Krankheitseinsicht, evtl. auch Aggressionstendenzen und gesteigerte Sexualität. Bei einer gegensätzlich gearteten Symptomenkonstellation spricht die Wahrscheinlichkeit für eine depressive affektive Psychose.
Die bei den affektiven Psychosen auftretenden Störungen kommen größtenteils auch in den übrigen Diagnosegruppen vor, doch können dort kaum jemals für bestimmte Diagnosegruppen charakteristische Symptomenkonstellationen gefunden werden.
Die Kombination von verminderten sozialen Kontakten und mangelnder Krankheitseinsicht ist bei allen Schizophrenieformen und bei den paranoiden Syndromen anzutreffen.
Treten zusätzlich Suizidtendenzen auf und fehlen Aggressionstendenzen, dann ist ein paranoides Syndrom eher wahrscheinlich als eine Schizophrenie.

4.2.1.2 Somatischer Befund

SCHLAFSTÖRUNGEN haben aufgrund ihrer Häufigkeit den größten Stellenwert unter den somatischen Störungen. Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen sowie eine Verkürzung der Schlafdauer treten in jeder Diagnosegruppe auf, bei der Katatonie allerdings bemerkenswert selten.
Bei den affektiven Psychosen sind Schlafstörungen unbestritten am regelmäßigsten anzutreffen (bei mindestens zwei Drittel der Patienten).
Bei schizophrenen Psychosen mit Ausnahme der schizoaffektiven Psychose werden Schlafstörungen etwas seltener beobachtet. Die Patienten mit schizoaffektiver Psychose zeigen ebensooft Schlafstörungen wie die Patienten mit affektiven Psychosen.

APPETENZSTÖRUNGEN: Die Verminderung des Appetits zählt zu den häufigen Symptomen bei nichtorganischen Psychosen. Besonders häufig kommt eine Appetitverminderung bei depressiven affektiven Psychosen vor. Seltener als im

Durchschnitt ist eine solche bei der akuten schizophrenen Episode und bei der Manie zu finden.
Bemerkenswert erscheint in diesem Zusammenhang der Häufigkeitsunterschied zwischen depressiven affektiven Psychosen und der Manie.
Keine nennenswerte differentialdiagnostische Aussagekraft haben die Symptome "Appetit vermehrt" und "Durst vermehrt", vor allem aufgrund ihres seltenen Auftretens.

VEGETATIVE SYMPTOME sind nur bei depressiven affektiven Psychosen nennenswert häufig zu finden. Jedoch gibt es bei depressiven affektiven Psychosen kein Symptom, das nicht auch in anderen Diagnosegruppen - wenn auch meistens etwas seltener - anzutreffen wäre. Sieht man von den depressiven affektiven Psychosen einmal ab, so sind zwischen den Diagnosegruppen keine gravierenden Unterschiede bezüglich der Häufigkeit von vegetativen Symptomen festzustellen. Bei der Manie fehlen vegetative Symptome im Gegensatz zu den depressiven affektiven Psychosen fast völlig.

NEUROLOGISCHE SYMPTOME werden von den Untersuchern fast nie angegeben. Bei den schizophrenen Rest- und Defektzuständen scheint gelegentlich eine Erhöhung des Muskeltonus aufzutreten.

Zusammenfassung:
Somatische Störungen sind unspezifische Symptome im doppelten Sinne: Quantitativ und qualitativ. Auf der einen Seite sind die relativ häufigen somatischen Störungen in nahezu allen Diagnosegruppen häufig und die seltenen in nahezu allen Diagnosegruppen selten anzutreffen, auf der anderen Seite besteht in den Diagnosegruppen mit nennenswert häufigen somatischen Störungen eine große Vielfalt an Symptomen, wobei von der Zusammensetzung (Qualität) her kaum Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen existieren.

Verglichen mit den Störungen, die mit dem psychischen Befund erfaßt sind, leisten die somatischen Störungen nur einen unbedeutenden Beitrag zur Differenzierung der Diagnosegruppen. Die Frage sollte geklärt werden, wie der diagnostische Nutzen der Erfassung von somatischen Störungen gesteigert werden könnte.

4.2.2 Überblick über Möglichkeiten zur Differenzierung der nichtorganischen Psychosen anhand der erfaßten Symptomatik

Auf die eingangs gestellte Frage, ob anhand von Unterschieden in der Symptomatik eine Abgrenzung der Diagnosegruppen möglich ist beziehungsweise bis zu welchem Grad eine Abgrenzung gefunden werden kann, soll nunmehr eingegangen werden.

4.2.2.1 Abgrenzung von schizophrenen Psychosen, affektiven Psychosen, paranoiden Syndromen und reaktiven nichtorganischen Psychosen

Unterschiede in der Symptomatik dieser Gruppen von Diagnosen bestehen in erster Linie hinsichtlich des Auftretens von Wahn, von Sinnestäuschungen, von Ich- und Persönlichkeitsstörungen, von Verstimmungen und Gefühlsstörungen und von Verlaufsbesonderheiten. Keinen Beitrag zur Kennzeichnung dieser Diagnosen leisten Bewußtseinsstörungen, Orientierungsstörungen, überwertige Ideen, Zwänge und Phobien; einen Teilbetrag leisten formale Denkstörungen, psychomotorische Störungen, Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens sowie somatische Störungen.

Die affektiven Psychosen zeigen Wahnsymptome, Sinnestäuschungen sowie Ich- und Persönlichkeitsstörungen nur in Ausnahmefällen. Diese Störungen sind am häufigsten bei schizophrenen Psychosen anzutreffen. Bei paranoiden

Syndromen wird zwar eine ausgeprägte Wahnsymptomatik und das Auftreten von Sinnestäuschungen beobachtet, allerdings fehlen in den meisten Fällen Ich- und Persönlichkeitsstörungen.
Die Symptomatik der affektiven Psychosen ist geprägt von relativ wenigen Störungen, die gegenüber den anderen Gruppen von Diagnosen außerdem besonders gehäuft anzutreffen sind. Es handelt sich vor allem um Symptome aus den Symptomgruppen der Verstimmungen und Gefühlsstörungen, der formalen Denkstörungen, der psychomotorischen Störungen und der Verlaufsbesonderheiten.
Die paranoiden Syndrome zeigen im Hinblick auf Verstimmungen und Gefühlsstörungen, formale Denkstörungen und psychomotorische Störungen eine ähnlich begrenzte Zahl von Symptomen.
Die Symptomatik der schizophrenen Psychosen ist im Ganzen gesehen vielfältiger als die der übrigen nichtorganischen Psychosen. Die komplexere Symptomatik der schizophrenen Psychosen tritt vor allem bei den Symptomgruppen zutage, bei denen die affektiven Psychosen und die paranoiden Syndrome eine einfacher strukturierte und damit besser überschaubare Symptomatik erkennen lassen: Bei formalen Denkstörungen, Verstimmungen und Gefühlsstörungen und psychomotorischen Störungen.
Auftretende Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens lassen im allgemeinen keine Unterscheidung zu, ob eine schizophrene oder eine affektive Psychose bzw. ein paranoides Syndrom vorliegt. Allerdings zeichnen sich die depressiven affektiven Psychosen und die Manie durch typische Muster von Symptomen aus, die zusammengenommen eine Charakterisierung der affektiven Psychosen möglich machen.
Man findet nur wenige Symptome, die mit großer Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer schizophrenen Psychose, einer affektiven Psychose bzw. eines paranoiden Syndroms sprechen. An einige Symptome bzw. Symptomkonstellationen sei hier erinnert:

Für das Vorliegen einer schizophrenen Psychose spricht inkohärentes/zerfahrenes Denken, Störungen der Ichidentität, Autismus, affektiv inadäquates Verhalten, evtl. auch Gefühls- und Affektarmut und Gespanntheit, außerdem u.U. stuporöses, mutistisches und negativistisches und maniriertes Verhalten, Parakinesen und Stereotypien. Die Kombination von verminderten sozialen Kontakten und mangelnder Krankheitseinsicht ist außer bei Schizophrenien auch bei paranoiden Syndromen anzutreffen, ebenso Wahnsymptome und Sinnestäuschungen.

Für das Vorliegen einer affektiven Psychose sprechen charakteristische Konstellationen von bestimmten Verstimmungen und Gefühlsstörungen, eine abendliche Besserung und die für die Manie typischen Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens. Suizidtendenzen sind außer bei depressiven affektiven Psychosen auch bei paranoiden Syndromen festzustellen.

Für das Vorliegen eines paranoiden Syndroms spricht eine ausgeprägte Wahnsymptomatik bei hoher Systematisierung des Wahns, mißtrauisches/feindseliges Verhalten, evtl. auch die Kombination von verminderten sozialen Kontakten, mangelnder Krankheitseinsicht und Suizidtendenzen bei fehlenden Aggressionstendenzen.

Die Erkennung eines Krankheitsbildes als affektive Psychose, als Schizophrenie oder als paranoides Syndrom dürfte anhand der Symptomatik im allgemeinen möglich sein. Allerdings finden sich zwischen den Psychoseformen so vielfältige Überschneidungen in der Symptomatik, daß in einer Reihe von Grenzfällen eine eindeutige Klassifikation der Krankheitsbilder nicht möglich sein dürfte. Genaue Aussagen hierüber läßt das vorliegende Zahlenmaterial nicht zu.

4.2.2.2 Abgrenzung der einzelnen Diagnosegruppen

Die Abgrenzung der Diagnosegruppen anhand der Symptomatik kann in zwiefacher Absicht erfolgen: Einmal, um anhand

bestimmter Symptome eine Diagnosegruppe zu identifizieren, zum anderen, um Unterscheidungsmerkmale der verschiedenen Schizophrenieformen bzw. der einzelnen affektiven Psychosen zu erhalten.
Es gibt kein Symptom, das ausschließlich bei einer Diagnosegruppe auftritt und damit pathognomonisch wäre. Eine Reihe von Diagnosegruppen zeichnet sich durch eine Häufung von solchen Symptomen aus, die in den anderen Diagnosegruppen deutlich seltener anzutreffen sind. Zu diesen Diagnosegruppen zählen in erster Linie die depressiven affektiven Psychosen und die Manie, also die affektiven Psychosen, in zweiter Linie auch die paranoide Schizophrenie, die Katatonie, die akute schizophrene Episode und die schizophrenen Rest- und Defektzustände.

Zwischen den einzelnen Schizophrenieformen bestehen keine derartigen Unterschiede und Gegensätze in der Symptomatik, wie sie zwischen depressiven affektiven Psychosen und der Manie feststellbar sind. Vielmehr ist eine ganze Reihe von Störungen bei fast allen Schizophrenieformen anzutreffen. Bei genauer Betrachtung und unter Einbeziehung der wenigen relativ diagnosespezifischen Symptome sind Unterschiede zwischen den Schizophrenieformen erkennbar. Diese Unterschiede werden am besten mit der Erstellung von Symptomprofilen erfaßt.
Die komplexer gestaltete Symptomatik der schizophrenen Psychosen bereitet bei der diagnostischen Beurteilung erheblich größere Schwierigkeiten als die aus weniger Komponenten zusammengesetzte Symptomatik der affektiven Psychosen. Dieser Sachverhalt betrifft in erster Linie folgende Symptomengruppen: Formale Denkstörungen, Verstimmungen und Gefühlsstörungen und psychomotorische Störungen. Alle übrigen Symptomgruppen zeichnen sich dadurch aus, daß sie entweder vorwiegend bei affektiven oder bei schizophrenen Psychosen anzutreffen sind. Die schizophrenen Psychosen zeigen auch bezüglich dieser Störungen die größere Symptomenvielfalt.

Eine Vorstellung von den Störungen, die für die verschiedenen Diagnosegruppen kennzeichnend sein dürften, vermitteln die Symptomtabellen jeder Diagnosegruppe im Anhang. Die Übersichtstabelle 0.5 läßt in vielen Fällen Vergleiche der einzelnen Symptomprofile zu.

4.3 Schlußfolgerungen

Die Frage nach der Aussagekraft des einzelnen Symptoms im Hinblick auf die Diagnosefindung stand am Anfang der Ausführungen in diesem Abschnitt. Folgende Antworten können nunmehr gegeben werden:

1. Die Aussagekraft der einzelnen Symptome im Hinblick auf die Diagnosefindung ist äußerst unterschiedlich. Beispiele: Innerlich unruhig - sehr geringe diagnosebezogene Aussagekraft; abendliche Besserung - hohe diagnosebezogene Aussagekraft.
2. Aus dem Vorliegen eines Symptoms können keine diagnostischen Schlußfolgerungen gezogen werden. Dagegen kann das gleichzeitige Vorliegen bzw. Fehlen von Symptomen wertvolle Hinweise auf bestimmte Diagnosegruppen geben.
   Beispiele: Die häufigen affektiven Symptome der depressiven affektiven Psychosen stellen in der Kombination ein Kennzeichen dieser Diagnosegruppe dar.
   Symptome, die aufgrund ihres Fehlens bei einer Diagnosegruppe diskriminierend wirken, sind z.B. die Symptome verlangsamt und Kontakt vermindert für die Manie.
3. Bestimmte Gruppen von Symptomen sind bei nichtorganischen Psychosen für die Diagnosestellung von besonderem Wert.

Beispiele: Wahnsymptome, Ich- und Persönlichkeitsstörungen, Verstimmungen und Gefühlsstörungen.
Andere Gruppen von Symptomen sind hierfür weniger geeignet.
Beispiele: Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, somatische Störungen.

4. Diejenigen Symptome, die bei nichtorganischen Psychosen am häufigsten angetroffen werden, stellen im allgemeinen die weniger aussagekräftigen Symptome im Hinblick auf die Diagnosestellung dar.
Beispiele: Konzentrationsstörungen, innerlich unruhig, Schlafstörungen.
5. Die Ausprägung der auftretenden Symptome ist häufig in den Diagnosegruppen am stärksten, deren Symptomatik sich gegenüber den anderen Diagnosegruppen am eindeutigsten abhebt.
Beispiele: Affektive Störungen der depressiven affektiven Psychosen (siehe Tab. 4.8).

Aufgrund dieser Aussagen kann festgestellt werden, daß das einzelne Symptom als Ausgangspunkt und kleinste Einheit für die Diagnosefindung durchaus in Frage kommt.
Dabei muß besonders die unterschiedliche diagnostische "Wertigkeit" der einzelnen Symptome Berücksichtigung finden. Diese Wertigkeit kann in der Aussagekraft der Symptome selbst begründet sein, wenn ein Symptom bereits durch sein Vorhandensein oder seine schwere Ausprägung die Aufmerksamkeit des Untersuchers auf eine bestimmte Diagnosegruppe oder eine bestimmte Psychoseform lenken kann.
Beispiele: Deprimiert/traurig (depressive affektive Psychosen), Ich- und Persönlichkeitsstörungen (schizophrene Psychosen), Störungen der Ichidentität in der Ausprägung "schwer" (paranoide Schizophrenie).
Die diagnostische Wertigkeit eines Symptoms kann in den verschiedenen Diagnosegruppen variieren. Beispielsweise gewinnen die Symptome Kontakt vermindert und Kontakt ver-

mehrt bei dem Verdacht auf eine Manie eine erhebliche Bedeutung für die Sicherung dieser Diagnose; bei dem Verdacht auf andere Psychosen besitzen die Störungen des sozialen Kontakts dagegen keine diskriminierende Bedeutung.

Beides zusammengenommen, das Wissen von der differentialdiagnostischen Aussagekraft des einzelnen Symptoms und das Wissen von der Symptomatik einer vermuteten Diagnose, führt am sichersten zu einer zuverlässigen und gültigen Diagnose. Die differentialdiagnostische Aussagekraft der einzelnen Symptome dürfte dem erfahrenen Untersucher bekannt und geläufig sein. Man sollte aber im Interesse von Objektivität und Reproduzierbarkeit den Versuch unternehmen, diese Erfahrungen zu quantifizieren. Der Ansatzpunkt und die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind zumindest teilweise dazu geeignet, die ansonsten empirisch gewonnenen Erkenntnisse über die Symptomatik der nichtorganischen Psychosen und über ihre Unterscheidungsmerkmale zu quantifizieren. Darüber hinaus können Zusammenhänge aufgezeigt werden, die sich erst aus der Auswertung des umfangreichen Zahlenmaterials, z.B. aus der Selektion der erfaßten Symptome unter verschiedenen Gesichtspunkten ergeben. Beispiel: Die Bedeutung der Tatsache, daß einzelne Symptome nur bei bestimmten Diagnosegruppen fehlen und dadurch diskriminierend wirken können, springt erst in einer statistischen Erfassung dem Arzt ins Auge und ist nicht der persönlichen Erfahrung des Arztes in gleichem Maße zugänglich.
In vielen Fällen wird sich der Untersucher eine Erweiterung des Symptomenkatalogs (z.B. anhand der Krankenakten möglich) zur Vervollständigung und zur Präzisierung seiner Beobachtungen wünschen. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen nämlich, daß die Mehrzahl der Untersucher bei bestimmten Diagnosen eine bemerkenswert geringe Anzahl von Symptomen zur Charakterisierung der Krankheitsbilder

heranziehen (vor allem bei affektiven Psychosen), während sie bei anderen Diagnosen ein breites Symptomenspektrum zur Charakterisierung dieser Diagnosen verwerten (vor allem bei den schizophrenen Psychosen). Dieser Unterschied kann mehrere Gründe haben: Einmal könnte, wie bereits erwähnt, der vorhandene Symptomenkatalog für die Charakterisierung der erstgenannten Diagnosen unzureichend sein, zum anderen könnte der Unterschied in der Symptomatik der Erkrankungen selbst begründet sein. Schließlich spielt möglicherweise das Verhalten und die Erwartungshaltung der Untersucher bei der Entstehung der aufgezeigten Unterschiede im Symptomenreichtum der Diagnosegruppen eine Rolle.
In den bisherigen Ausführungen wurde wiederholt auf die Möglichkeit und den Wert der Erstellung von Symptomprofilen der einzelnen Diagnosegruppen hingewiesen. Die Symptomtabellen jeder Diagnosegruppe im Anhang stellen einen ersten Schritt in diese Richtung dar. Der Aussagewert solcher Symptomprofile ließe sich wohl noch verbessern durch eine Erweiterung des Symptomenkatalogs, evtl. auch durch eine Verfeinerung der Methodik und eine stärkere Einbeziehung der Ausprägungen. Der methodische und didaktische Nutzen solcher Symptomprofile im Hinblick auf die Diagnosefindung ist offensichtlich, sofern die Validität der gewonnenen Erkenntnisse gewahrt bleibt.

Erstellt man die erwähnten Symptomprofile aber auf der Basis von Beobachtungen, die von Erwartungshaltungen der Untersucher beeinflußt sind, dann müßte man die Aussagekraft und die Validität dieser Symptomprofile in Frage stellen. Deshalb muß der entscheidende Schritt zu einer gültigen Diagnose dort vollzogen werden, wo die größte Quelle für subjektive Einflüsse liegt: In der Beobachtung und in der Erfassung der Symptomatik. Die Objektivierung dieses Vorgangs muß den Ausgangspunkt für alle weiteren Schritte in Richtung auf eine Klassifikation der psychiatrischen Erkrankungen und deren Charakterisierung darstellen. Dieser Gedanke ist bereits in der Einleitung

zum Ausdruck gekommen und ist dort ausführlich begründet worden. Es konnten die unterschiedlichen Ansätze und existierenden Möglichkeiten aufgezeigt werden, mit deren Hilfe die angestrebte objektive Erfassung von Symptomen möglich wird.
Nach der Erfassung der Symptomatik muß als nächster Schritt ein Verfahren gefunden werden, das sich als Hebel zur Differenzierung der in Frage kommenden diagnostischen Gruppen eignet. Die vorliegende Arbeit hat sich die Aufgabe als Ziel gestellt, die Möglichkeiten zur Differenzierung der diagnostischen Gruppen der nichtorganischen Psychosen anhand der erfaßten Symptomatik zu untersuchen. Das methodische Rüstzeug bei der Auswertung unserer Daten bildet ein zweistufiges Verfahren, das erstens einen Häufigkeitsvergleich und zweitens einen Vergleich der Ausprägungen der Symptome vorsieht. Wir betrachten hierbei einzelne Symptome und setzen die Häufigkeit und die Ausprägung der Symptome für die differenzierende Gegenüberstellung der Diagnosegruppen ein. Dieses Verfahren erscheint methodisch verbesserungsbedürftig, weil es klinisch in dieser recht einfachen Form nicht durchgeführt wird und dort ein komplexeres und mehr ganzheitliches Verfahren angewandt wird. Der Kliniker betrachtet bei seinen diagnostischen Überlegungen nicht die einzelnen Symptome hintereinander, sondern gleichzeitig Komplexe, d.h. Kombinationen von Symptomen. Eine Auswertung der Daten unter diesem Gesichtspunkt erfordert auch eine Veränderung der Methodik der statistischen Auswertung. Dies kann wohl nur dadurch geschehen, daß sich der Untersucher eine Folge von Merkmalen vorgibt, deren gleichzeitige An- oder Abwesenheit für eine Diagnosegruppe als relevant betrachtet wird.
Die weiterführende statistische Auswertung wird darin bestehen, diesen Gedanken unter Zuhilfenahme der technischen Hilfsmittel der elektronischen Datenverarbeitung zu verwirklichen. Eine Auswertung der psychopathologischen

Daten unter diesem Gesichtspunkt ist aber selbst mit den modernen Rechenanlagen als Hilfsmittel aufwendig und schwierig. Dieses Verfahren läuft daraus hinaus, die Kriterien des DSM - III für das Auffinden einer Diagnose diesmal in umgekehrter Reihenfolge anzuwenden, nämlich die Diagnose zu betrachten und zu überprüfen, ob die Kriterien tatsächlich erfüllt sind.

4.4 Abschließende Betrachtungen

In diesen abschließenden Betrachtungen wird zunächst die durchgeführte Untersuchung noch einmal beschrieben. Darauf aufbauend besprechen wir die Ergebnisse der Untersuchung unter dem Gesichtspunkt, welche Anregungen für zukünftige Arbeiten der vorliegenden Art gegeben werden können und wie die Ergebnisse dieser Arbeit für kommende Arbeiten mit weiterführenden Fragestellungen herangezogen werden können.

Die vorliegende Arbeit entstand unter Verwendung der AMDP-Dokumentationsunterlagen der 917 Patienten der Psychiatrischen Klinik der Universität München, bei denen im Laufe des Jahres 1978 Diagnosen der ICD - Kategorien 295 bis 298 der achten Revision gestellt wurden. Die ICD - Kategorien 295 bis 298 umfassen alle nichtorganischen Psychosen (endogenen) Psychosen. Wir untersuchen die Patienten mit nichtorganischen Psychosen hinsichtlich ihrer psychopathologischen Symptomatik, der Geschlechtsverteilung, der Altersverteilung und der Aufenthaltsdauer in der Klinik. Anschließend bilden wir elf Diagnosegruppen in enger Anlehnung an die ICD - Klassifikation und untersuchen auch diese Diagnosegruppen hinsichtlich der psychopathologischen Symptomatik, der Geschlechtsverteilung, der Altersverteilung und der Klinikaufenthaltsdauer. Unser Hauptaugenmerk gilt der psychopathologischen Symptomatik, wobei wir bei jeder diagnostischen Gruppe die Häufigkeit und die Ausprägung der auftretenden Symptome betrachten.

Durch Vergleiche der Symptomatik der einzelnen Diagnosegruppen untereinander und mit der Grundgesamtheit können wir für jede Diagnosegruppe ein kennzeichnendes Symptomprofil erstellen. Die Ergebnisse unserer Untersuchungen erläutern wir sowohl anhand von Tabellen und Abbildungen als auch anhand einer ausführlichen Beschreibung.
Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit weist in zwei Richtungen. Auf der einen Seite sollen folgende Fragen geklärt werden: Welche Diagnosegruppen lassen sich aufgrund der Häufigkeit und der Ausprägung von Symptomen eindeutig kennzeichnen und welche nicht ? Welche psychopathologischen Gemeinsamkeiten kennzeichnen die schizophrenen und die affektiven Psychosen ? Inwieweit können die Diagnosegruppen anhand der erfaßten Symptomatik voneinander unterschieden werden ? Wo können klare Trennungslinien zwischen den diagnostischen Gruppen gezogen werden und wo nicht ? Wo liegen die Schwachstellen im gegenwärtigen Klassifikationssystem, wenn man die Symptomatik der psychiatrischen Erkrankungen als alleinige Grundlage für die Klassifikation betrachtet ? Auf der anderen Seite werden einzelne Symptome auf ihre Bedeutung für die Differenzierung der Diagnosegruppen hin untersucht. Dies geschieht, indem wir die Häufigkeit und die Ausprägung der Symptome in den verschiedenen Diagnosegruppen differenzierend gegenüberstellen und nach den Symptomen suchen, die bestimmte Diagnosegruppen zu kennzeichnen vermögen. Dafür kommen in erster Linie die Symptome in Frage, deren Häufigkeit oder deren Ausprägung sich bei einer Diagnosegruppe stark von den anderen unterscheidet. Dies ist auch der Fall, wenn ein Symptom bei einer Diagnosegruppe außergewöhnlich selten auftritt. Außerdem stellen wir fest, welche Symptome fast ausschließlich bei schizophrenen Psychosen oder bei affektiven Psychosen anzutreffen sind und welche Symptome für die nichtorganischen Psychosen als solche kennzeichnend

sein dürften. Mit der Analyse der Bedeutung von einzelnen Symptomen für die Differenzierung der Diagnosegruppen wird versucht, dem diagnostischen Vorgehen des Untersuchers zu folgen, wobei die Resultate der durchgeführten Untersuchungen einen steten vergleichenden Überblick über die Symptomatik aller Diagnosegruppen vermitteln. Unser Vorgehen bei der Klärung der Frage, inwieweit sich die Symptomatik der nichtorganischen Psychosen für ihre Klassifikation eignet, erfolgt somit auf zwei unterschiedlichen Wegen: Auf deduktivem Wege, ausgehend von der Symptomatik einer feststehenden Diagnose, und auf induktivem Wege, ausgehend von der Häufigkeit und der Ausprägung einzelner Symptome in den verschiedenen Diagnosegruppen.

Die folgenden Aussagen stellen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen dar.
Die wichtigsten Voraussetzungen für das Auffinden der psychiatrischen Diagnosen stellen nach wie vor Verlaufsmerkmale und die psychopathologische Symptomatik dar. Als Grundlage für die Klassifikation der psychiatrischen Krankheiten kommt beim gegenwärtigen Stand der psychiatrischen Forschung in erster Linie die psychopathologische Symptomatik in Frage. Andere denkbare Grundlagen - wie etwa die Ätiologie der Erkrankungen - stellen keine Alternative dar, da Verfahren zur objektiven Erfassung dieser Faktoren nicht zur Verfügung stehen. Die Symptomatik der psychiatrischen Erkrankungen stellt das einzige objektiv erfaßbare und reproduzierbare Kriterium dar, womit eine Diagnose gültig und zuverlässig gestellt werden kann. In der neueren Literatur wird dieser Gedanke fast einhellig vertreten.
Die objektive Erfassung der Symptomatik setzt die Einhaltung von standardisierten Verfahrensrichtlinien bei der Befunderhebung voraus, wozu sich die neueren systematisch strukturierten Interviewtechniken bereits bewährt haben. Neben zuverlässigen Methoden für das Patienteninterview sind für ein optimales diagnostisches Verfahren erforderlich:

Methoden zur Beurteilung und Bewertung von Symptomen, Methoden zur Einstufung von Symptomen in signifikante Dimensionen und vor allem diagnosespezifische Symptomprofile quer durch diese Dimension. Als Symptomprofil einer diagnostischen Gruppe bezeichnen wir eine komplexe Kombination aus den Symptomen, die als kennzeichnende Merkmale der Patienten einer diagnostischen Gruppe gelten können. Für den Kliniker dient ein solches Symptomprofil als Kriterium dafür, ob eine bestimmte Diagnose gewählt werden darf oder nicht. In dem diagnostischen Manual der American Psychiatric Association (DSM - III) sind die Kriterien für ein solches diagnostisches Vorgehen als sogenannte "operational definitions" in bisher nicht versuchter Ausführlichkeit vorgegeben.
Unsere Ergebnisse können zeigen, daß die psychopathologische Symptomatik bei der diagnostischen Einordnung eines Krankheitsbildes den wichtigsten Teilfaktor darstellt. Bei der diagnostischen Einordnung eines Krankheitsbildes sollte dem Untersucher sowohl die Symptomatik der in Frage kommenden diagnostischen Gruppen gegenwärtig sein als auch das Wissen um die differentialdiagnostische Aussagekraft der einzelnen Symptome. Die zuletzt angesprochene diagnostische Aussagekraft von Symptomen unterscheidet sich, wie unsere Ergebnisse zeigen können, erheblich. In der Regel sind erst aufgrund von bestimmten Symptomkonstellationen diagnostische Aussagen möglich. Die Symptome, die bei nichtorganischen Psychosen am häufigsten genannt werden, besitzen in der Regel eine geringe diagnosebezogene Aussagekraft. Die Ausprägung von Symptomen kann zur Differenzierung der Diagnosegruppen beitragen, allerdings zählen die besonders schwer ausgeprägten Symptome meist auch zu den besonders häufigen Symptomen einer Diagnosegruppe. Die Differenzierungsmöglichkeiten der Diagnosegruppen anhand der erfaßten Symptomatik sind unterschiedlich. Die Erkennung eines Krankheitsbildes als schizophrene Psychose, als affektive Psychose oder als

paranoides Syndrom dürfte im typischen Fall mit ausreichender Sicherheit möglich sein. Die gegenseitige Abgrenzung der elf Diagnosegruppen anhand der Symptomatik gelingt am besten bei den depressiven affektiven Psychosen und bei der Manie, somit bei den affektiven Psychosen. Die schizophrenen Psychosen lassen sich nicht mit der gleichen Eindeutigkeit voneinander abgrenzen. Doch können auch hier, besonders für die paranoide Schizophrenie, die Katatonie und die schizophrenen Rest- und Defektzustände, kennzeichnende Symptomprofile erstellt werden. Das gleiche gilt für die Abgrenzung der paranoiden Syndrome von den anderen Diagnosegruppen.

In den nächsten Jahren wird sicher der Versuch unternommen werden, für das Auffinden der ICD - Diagnosen ein ähnliches Regelsystem anzugeben, wie dies das DSM - III schon getan hat. Sofern man neben den Verlaufsmerkmalen der psychiatrischen Krankheiten AMDP - Symptome verwendet, kann die vorliegende Arbeit zur Präzisierung der ICD - Diagnostik beitragen. Im folgenden geben wir Anregungen für die Datenauswertung zukünftiger Arbeiten, die sich mit der psychiatrischen Diagnostik beschäftigen.
Wie bereits dargelegt, besteht unser Verfahren zur Differenzierung der Diagnosegruppen darin, daß wir einzelne Symptome hintereinander betrachten und die Häufigkeit und die Ausprägung der Symptome für die differenzierende Gegenüberstellung der Diagnosegruppen einsetzen. Dieses Verfahren erscheint methodisch verbesserungsbedürftig, weil es klinisch in dieser einfachen Form nicht durchgeführt wird und dort ein komplexeres, mehr ganzheitliches Verfahren angewandt wird. Der Kliniker betrachtet bei seinen diagnostischen Überlegungen nicht die einzelnen Symptome hintereinander, sondern gleichzeitig Komplexe, das heißt Kombinationen von Symptomen. Eine Auswertung der Daten unter diesem Gesichtspunkt erfordert auch eine Veränderung der Methodik der statistischen Auswertung. Dies kann wohl nur dadurch geschehen, daß sich der Untersucher eine Folge

von Merkmalen vorgibt, deren gleichzeitge An- und Abwesenheit für eine Diagnosegruppe als relativ betrachtet wird. Die weiterführende statistische Auswertung wird darin bestehen, diesen Gedanken unter Zuhilfenahme der technischen Hilfsmittel der elektronischen Datenverarbeitung zu verwirklichen. Eine Auswertung der psychopathologischen Daten unter diesem Gesichtspunkt ist aber selbst mit den modernen Rechenanlagen als Hilfsmittel aufwendig und schwierig. Dieses Verfahren läuft darauf hinaus, die Kriterien des DSM - III für das Auffinden einer Diagnose diesmal in umgekehrter Reihenfolge anzuwenden, nämlich die Diagnose zu betrachten und zu überprüfen, ob die Kriterien tatsächlich erfüllt sind.

Diese Fragestellung kann als Ausgangspunkt für zukünftige Arbeiten auf dem Gebiet der psychiatrischen Diagnostik dienen. Um dem Ziel näherzukommen, ein ideales Klassifikationssystem auf der Grundlage der Symptomatik zu schaffen, sind weitere Forschungsarbeiten zur Vertiefung unseres gegenwärtigen Kenntnisstandes auf dem Gebiet der klinischen Diagnostik erforderlich. Die neueren Entwicklungen und Erkenntnisse auf dem Gebiet der Ätiologie und der Therapie psychiatrischer Krankheiten müssen stets in die Überlegungen zur Verbesserung des bestehenden Klassifikationssystems einbezogen werden. Die Psychiatrie orientiert sich an dem bestehenden Klassifikationssystem nicht nur bei der Therapie der psychiatrischen Krankheiten, sondern auch dann, wenn die Ätiologie der Krankheiten ergründet werden soll. Auch wenn man in der Praxis der Diagnostik von einzelnen Symptomen ausgeht, die gegenwärtig die einzige objektive Grundlage für die Klassifikation der psychiatrischen Krankheiten darstellen, wird man nicht vergessen, daß stets eine ganzheitliche Betrachtungsweise psychiatrischen Krankseins notwendig sein wird.

Teil 5

Zusammenfassung

5. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit zum Thema " Psychopathologische Symptomatik und demographische Merkmale von 917 Patienten mit endogenen Psychosen" entstand unter Verwendung der Daten von den 917 Patienten der Psychiatrischen Klinik der Universität München, die im Laufe des Jahres 1978 unter den Diagnosen ICD-Nr. 295 - 298 (nichtorganische Psychosen) geführt wurden. Durch eine computerunterstützte Auswertung der mit dem AMDP - System erfaßten Daten über das Geschlecht, das Alter, die Klinikaufenthaltsdauer und die Symptomatik bei Aufnahme der Patienten konnten die Einzelbefunde zu statistischen Ergebnissen verarbeitet werden.

Die Einleitung der Arbeit behandelt die Bedeutung der Diagnose in der Psychiatrie. Die Notwendigkeit für die Klassifikation der psychiatrischen Erkrankungen ergibt sich vor allem aus den Erwartungen, die in der Psychiatrie an die Diagnose gestellt werden.
Von einer optimalen diagnostischen Zuordnung der Krankheit eines Patienten wird erwartet, daß daraus Aussagen zur Ätiologie, zur Prognose und zur Therapie der Erkrankung möglich und zulässig sind. Als wichtigste Voraussetzungen für eine so weitreichende Aussagekraft der Diagnose sind die Zuverlässigkeit und die Gültigkeit der Diagnose zu nennen. Ein Überblick über die zum gegenwärtigen Zeitpunkt vorliegenden Untersuchungen zur Zuverlässigkeit und Gültigkeit der psychiatrischen Diagnose läßt erkennen, daß bisher zwar ein hoher Grad an Zuverlässigkeit besonders durch die neueren diagnostischen Verfahren erreicht worden ist, daß aber die Validität der Diagnose weiter verbessert werden muß, um die angestrebte Aussagekraft in ätiologischer, prognostischer und therapeutischer Hinsicht zu erzielen.
Als Grundlage für die Klassifikation der psychiatrischen Erkrankungen kommen in erster Linie die Ätiologie der

Krankheiten und das Verhalten der Patienten bzw. die psychopathologische Symptomatik in Frage, in zweiter Linie auch der Verlauf und der Ausgang der Erkrankungen sowie das Ansprechen auf die verschiedenen Therapieformen. Die Ätiologie der psychiatrischen Erkrankungen kommt aus alleiniges Kriterium für eine Klassifikation nicht in Frage, da für die meisten Erkrankungen, insbesondere für die nichtorganischen Psychosen, eine ätiologische Erklärung nicht gegeben werden kann. Die gegenwärtigen Ätiologiemodelle sind zudem kaum dazu in der Lage, eine Verbindung zur Psychopathologie herzustellen. Solange aber keine geeigneten Vorstellungen existieren, aufgrund derer eine Verbindung zwischen der Ätiologie und der Psychopathologie der Erkrankungen hergestellt werden kann, müssen wir uns mit deskriptiven Aussagen ohne weitreichende ätiologische Zuordnung als Grundlage für die Klassifikation zufriedengeben. K. Jaspers hat die klassifikatorischen Bemühungen seiner Zeit zu einem umfassenden Konzept psychiatrischen Krankseins zusammengefaßt und diese Überlegungen in seinem Buch "Allgemeine Psychopathologie" (1913) dargelegt. Die Einteilung Jaspers, genauso wie alle späteren klassifikatorischen Bemühungen anderer Autoren, waren aber nur von provisorischem Wert, weil die Grenzen zwischen den Krankheitseinsichten nicht eindeutig genug gezogen werden konnten. Als Beispiel eines umfassenden ätiologischen Konzepts psychiatrischen Krankseins aus neuester Zeit sei das Vulnerabilitäts-Modell J. Zubins (1976) angeführt, das die unterschiedlichen ätiologischen Ansätze zu vereinen sucht.
Als einzige zuverlässige Grundlage für die Klassifikation der psychiatrischen Erkrankungen wird gegenwärtig die psychopatholgische Symptomatik der psychiatrischen Erkrankungen angesehen. Die meisten Bestrebungen zur Verbesserung der Zuverlässigkeit und der Gültigkeit der psychiatrischen Diagnose gelten deshalb der Entwicklung und der Verbesserung von diagnostischen Ansätzen und

Techniken zur Erfassung der psychopathologischen Symptomatik mit dem Ziel einer Klassifikation der psychiatrischen Erkrankungen.
Als diagnostische Ansätze können der klinisch-typologische, der biometrische und der dimensionale Ansatz angeführt werden. Die neueren Bestrebungen gehen dahin, ätiologische Faktoren und Elemente, die der sogenannten "prämorbiden Persönlichkeit" zugeschrieben werden, von der deskriptiven Erfassung der psychopathologischen Symptomatik der Erkrankungen abzutrennen. Hierzu war die Einführung von Verfahrensrichtlinien in den diagnostischen Prozeß erforderlich. In bisher nicht versuchter Ausführlichkeit sind diese im "Diagnostic and Statistical Manual" (DSM - III) der American Psychiatric Association niedergelegt. In diesen Manual sind für sämtliche psychiatrischen Krankheiten sogenannte "operational definitions" vorgegeben, mit denen relativ zuverlässig eine diagnostische Einordnung der bestehenden Erkrankung möglich ist. Als Kriterien für die Entscheidung, ob eine bestimmte Diagnose gewählt werden darf, dienen spezifische Symptomkombinationen, sogenannte "sets of characteristics", die für jede mögliche Diagnose definiert vorgegeben sind.

Im Ergebnisteil werden die Resultate unserer Untersuchungen zur psychopathologischen Symptomatik und zur Demographie der nichtorganischen Psychosen dargestellt. Zuerst wird eine Übersicht über alle Patienten mit nichtorganischen Psychosen bezüglich der betrachteten Merkmale gegeben, danach erst erfolgt nach den gleichen Gesichtspunkten eine Analyse der einzelnen Diagnosegruppen. Die Diagnosegruppen werden definiert, indem wir die Patienten einer vierstelligen ICD - Ziffer oder mehrerer ICD - Ziffern möglichst in Anlehnung an die ICD - Klassifikation (8. Revision) zusammenfassen. Am zweckmäßigsten erweist sich eine Einteilung in sechs Diagnosegruppen für schizophrene Psychosen, drei Diagnosegruppen für affektive Psychosen und je eine Diagnosegruppe für paranoide Syndrome und andere (reaktive) nichtorganische Psychosen.

Der Schwerpunkt der Ausführungen wird auf die Darstellung der Symptomatik der nichtorganischen Psychosen in ihrer Gesamtheit und der Diagnosegruppen im einzelnen gelegt. Insbesondere wird versucht, die Diagnosegruppen gegeneinander abzugrenzen, indem die Ausprägungen der Symptome mitberücksichtigt werden. Im tabellarischen Anhang sind die kennzeichnenden Symptome jeder Diagnosegruppe in tabellarischer Form zusammengestellt. Daneben findet man die Ergebnisse der Auswertung der demographischen Daten in entsprechenden Abbildungen dargestellt.

Die Untersuchung aller 917 Patienten mit nichtorganischen Psychosen erbrachte zusammengefaßt folgende Ergebnisse: Im Patientengut überwiegen die weiblichen Patienten in einem Verhätlnis von 1.7 zu 1. In der Alterstufe zwischen 45 und 64 Jahren ist der Frauenanteil am höchsten. Das Durchschnittsalter aller Patienten beträgt 42.7 Jahre, nach Geschlechtern getrennt 44.6 Jahre bei den weiblichen Patienten und 39.4 Jahre bei den männlichen Patienten. Die Klinikaufenthaltsdauer beträgt im Durchschnitt 47.6 Tage. Die schizophrenen Psychosen haben einen Anteil von 49.7 % an den nichtorganischen Psychosen, die affektiven Psychosen von 42.0 %, die paranoiden Syndrome von 4.4 % und die anderen nichtorganischen Psychosen von 3.9 %. Der Anteil der aufgeführten Psychoseformen ändert sich mit dem Alter der Patienten. Die schizophrenen Psychosen überwiegen eindeutig in der Altersgruppe bis 44 Jahre, darüber überwiegen genauso eindeutig die affektiven Psychosen. Die am häufigsten gestellten Diagnosen waren: Paranoide Schizophrenie (18.5 % der Patienten), schizoaffektive Psychosen (16.7 %), Depression im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose oder einer periodischen Depression (18 %) und Involutionsdepression (12.8 %).

Die psychopathologische Symptomatik der nichtorganischen Psychosen ist sehr vielfältig. Besonders regelmäßig werden Symptome aus folgenden Symptomgruppen gefunden: Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, formale Denkstörungen,

Wahnsymptome, Verstimmungen und Gefühlsstörungen, psychomotorische Störungen und Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens. Berücksichtigt man die relativen Anteile der Symptome an der Gesamtzahl der Patienten, so findet man seltener Bewußtseins- und Orientierungsstörungen, überwertige Ideen, Zwänge, Phobien, Sinnestäuschungen, Ich- und Persönlichkeitsstörungen. Von allen somatischen Störungen sind Schlafstörungen und Appetenzstörungen mit Abstand am häufigsten anzutreffen. Vegetative Störungen und besonders neurologische Symptome werden nur selten genannt. Als Symptome, die mit der größten Regelmäßigkeit bei nichtorganischen Psychosen angetroffen werden, können genannt werden: Bei etwa der Hälfte der Patienten - Konzentrationsstörungen, innere Unruhe, deprimiert/traurige Verstimmung, Ängstlichkeit, Ratlosigkeit, Verminderung des sozialen Kontakts, Krankheitsgefühl; bei etwa einem Drittel der Patienten - verlangsamtes Denken, eingeengtes Denken, Wahnstimmung, Gespanntheit, Hoffnungslosigkeit/Verzweiflung, Insuffizienzgefühl, Störungen der Vitalgefühle, motorische Unruhe, Mangel an Krankheitseinsicht. Die Ausprägungen der im psychischen Befund erfaßten Symptome differieren bei der Gesamtzahl der Patienten nicht in dem Umfang wie bei den einzelnen Diagnosegruppen. In der Regel liegen die Symptome in überwiegend mittelschwerer Ausprägung vor. Nur bei wenigen Symptomen stellt man ein Überwiegen der leichten oder der schweren Ausprägungen fest. In der Ausprägung "schwer" sind häufig die Symptome "überwertige Ideen" und "Mangel an Krankheitseinsicht" anzutreffen.

Die Untersuchung der elf Diagnosegruppen zeigt Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen hinsichtlich der Geschlechterrelation, der Alterszusammensetzung, der Aufenthaltsdauer und der psychopathologischen Symptomatik der Patienten auf. In den unten folgenden Ausführungen sind die Symptome, die in der jeweils besprochenen Diagnosegruppe häufiger als in den übrigen Diagnosegruppen angetroffen werden, mit "1)"

markiert. Symptome, die besonders schwer ausgeprägt vorliegen, sind mit "2)" markiert.
Die schizophrenen Psychosen sind den ICD - Kategorien entsprechend unterteilt in die Diagnosegruppen Hebephrenie, Katatonie, paranoide Schizophrenie, akute schizophrene Episode, schizophrene Rest- und Defektzustände und schizoaffektive Psychose.
Bei der h e b e p h r e n e n S c h i z o p h r e n i e (Diagnosegruppe 1, Patientenzahl: 49) beträgt die Relation Männer zu Frauen 2.8 : 1. Ein überwiegen der männlichen Patienten ist nur bei dieser Diagnosegruppe festzustellen. Das Durchschnittsalter ist mit 24.5 Jahren das niedrigste aller Diagnosegruppen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist mit 55 Tagen die zweitlängste aller Diagnosegruppen. Die psychopathologische Symptomatik ist äußerst vielfältig. Als kennzeichnende Symptome der Hebephrenie können genannt werden: Konzentrationsstörungen[1)], inkohärentes/zerfahrenes Denken, umständliches Denken[1)], Vorbeireden, Wahneinfälle/Wahngedanken, Wahndynamik, ein Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn, Autismus[1)] und Störungen der Ichidentität. Affektiv erscheinen die Patienten inadäquat[1)], mißtrauisch/feindselig, mürrisch-gereizt/dysphorisch[1)] und gelegentlich läppisch. Der Antrieb ist vermindert; auffällig sind Parakinesen/Stereotypien und Manierismen. Die sozialen Kontakte sind vermindert[1)], man vermißt Krankheitseinsicht und Krankheitsgefühl. Aggressionstendenzen und eine Ablehnung der Behandlung sind häufig zu finden.
Bei der Diagnose k a t a t o n e S c h i z o p h r e n i e (Diagnosegruppe 2, Patientenzahl: 28) überwiegen die weiblichen Patienten in einem Verhältnis von 1 : 1.3. Das Durchschnittsalter der Patienten ist mit 27.7 Jahren das zweitniedrigste aller Diagnosegruppen. Über die Hälfte der Patienten zählt zu der Altersgruppe zwischen 15 und 24 Jahren. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist mit 75 Tagen mit Abstand die längste aller Diagnose-

gruppen. Die psychopathologische Symptomatik ist sehr vielfältig. Wahnsymptome erscheinen im Vergleich zu den übrigen Schizophrenieformen etwas seltener. Auffällig ist, daß viele Symptome, darunter Wahnsymptome, vorwiegend "schwer" ausgeprägt auftreten. Als kennzeichnende Symptome der Katatonie können genannt werden: Gehemmtes[1], gesperrtes[1] und inkohärentes/zerfahrenes[2] Denken, Vorbeireden[2] und Gedankenabreißen; überwertige Ideen; Wahnstimmung[2] und Wahndynamik[2], Autismus[2] und Gedankeneingebung. Affektiv wirken die Patienten gespannt[2], mißtrauisch/feindselig, gefühlsverarmt/affektarm und gelegentlich läppisch[1]. Die typischen psychomotorischen Störungen sind Mutismus[1], Stupor[1], Parakinesen/Stereotypien[1] und Negativismus[1]. Die sozialen Kontakte sind vermindert[2]. Die Pflegebedürftigkeit erscheint höher als in den anderen Diagnosegruppen.
Bei der Diagnose p a r a n o i d e S c h i z o p h r e n i e (Diagnosegruppe 3, Patientenzahl: 170) überwiegen die weiblichen Patienten in einem Verhältnis von 1 : 1.4. Das Durchschnittsalter liegt bei 37.2 Jahren. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist mit 50 Tagen die drittlängste aller Diagnosegruppen. Die sehr vielfältige Symptomatik ist geprägt von einem relativ stark ausgeprägten Wahngeschehen. Als kennzeichnende Symptome der paranoiden Schizophrenie können genannt werden: Inkohärentes/zerfahrenes Denken und eingeengtes Denken, Wahnstimmung, Wahndynamik, Wahneinfälle/Wahngedanken[1], Wahnwahrnehmungen, ein systematisierter Wahn, ein Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn bzw. ein Beziehungswahn; Stimmenhören[1], Störungen der Ichidentität, Fremdbeeinflussungserlebnisse und Gedankeneingebung. Affektiv erscheinen die Patienten inadäquat, mißtrauisch/feindselig und dysphorisch. Die sozialen Kontakte sind vermindert; es besteht ein Mangel an Krankheitseinsicht und ein Mangel an Krankheitsgefühl. Relativ häufig wird die Behandlung abgelehnt.

Eine akute schizophrene Episode (Diagnosegruppe 4; Patientenzahl: 17) wird bei Frauen 2,4 mal häufiger festgestellt als bei Männern. Das Durchschnittsalter der Patienten ist mit 29.5 Jahren relativ niedrig. Die durchschnittliche Aufenthaltdauer beträgt nur 34 Tage und ist somit die zweitkürzeste aller Diagnosegruppen. Im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen sind die kennzeichnenden Symptome bei dieser Diagnosegruppe bei einem hohen Prozentsatz der Patienten anzutreffen. Als kennzeichnende Symptome der akuten schizophrenen Episode können genannt werden: Orientierungsstörungen[1)], Vorbeireden[1)], inkohärentes/zerfahrenes Denken, umständliches und gesperrtes Denken, Gedankenabreißen[1)], überwertige Ideen[1)], Wahnstimmung[1)], Wahndynamik[1)], Wahnwahrnehmungen[1)], Wahneinfälle/Wahngedanken, ein Beziehungswahn[1)] bzw. ein Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn; Illusionen[1)], Störungen der Ichidentität[1)] und Gedankenausbreitung[1)]. Affektiv erscheinen die Patienten gespannt[1)], ratlos[1)], ängstlich, dysphorisch[1)], mißtrauisch/feindselig und inadäquat. Die Patienten sind motorisch unruhig und häufig antriebsgesteigert, aber niemals antriebsarm. Sie zeigen Aggressionstendenzen, einen Mangel an Krankheitsgefühl und lehnen häufig die Behandlung ab.

Die Diagnose schizophrener Rest- und Defektzustand (Diagnosegruppe 5; Patientenzahl: 32) wird bei beiden Geschlechtern etwa gleich häufig gestellt. Das Durchschnittsalter liegt mit 44.8 Jahren relativ hoch. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten beträgt 47 Tage und entspricht damit dem Durchschnitt der nichtorganischen Psychosen. Die psychopathologische Symptomatik ist weniger vielfältig als die der übrigen Schizophrenieformen, insbesondere erscheinen Wahnsymptome seltener und schwächer ausgeprägt. Als kennzeichnende Symptome der schizophrenen Rest- und Defektzustände können genannt werden: Eingeengtes[1)], verlangsamtes[1)] und umständliches Denken, Vorbeireden; ein

systematisierter Beziehungswahn; Stimmenhören und andere akustische Halluzinationen[1)], Gedankeneingebung[1)], Gedankenausbreitung und sonstige Fremdbeeinflussungserlebnisse. Die Patienten erscheinen gefühlsverarmt/affektarm[1)] bis affektstarr[1)], deprimiert/traurig und antriebsarm[1)]. Die Sexualität ist vermindert.

Eine s c h i z o a f f e k t i v e P s y c h o s e (Diagnosegruppe 6; Patientenzahl: 153) wird überwiegend bei weiblichen Patienten diagnostiziert. Die Relation von Männern und Frauen beträgt 1 : 2.7. Das Durchschnittsalter der Patienten beträgt 35.5 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 46 Tage. Die psychopathologische Symptomatik weist die schizoaffektive Psychose eindeutig als schizophrene Psychose aus. Eine gewisse Sonderstellung erlangt die schizoaffektive Psychose durch die Häufigkeit, Art und Ausprägung der affektiven Symptome, durch die Seltenheit von Ich- und Persönlichkeitsstörungen und durch Besonderheiten der Psychomotorik. Als kennzeichnende Symptome der schizoaffektiven Psychose können genannt werden: Inkohärentes und beschleunigtes/ideenflüchtiges Denken, Vorbeireden; Wahnstimmung, Wahneinfälle/Wahngedanken, ein Beziehungswahn bzw. ein Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn. Affektiv wirken die Patienten ratlos, ängstlich, deprimiert/traurig, inadäquat, häufig auch gehoben/euphorisch. Eine motorische Unruhe und eine Antriebssteigerung sind die Regel. Schlafstörungen sind besonders häufig.

Die affektiven Psychosen sind unterteilt in die Diagnosegruppen depressive affektive Psychosen, Manie und Zyklothymie.

D e p r e s s i v e a f f e k t i v e P s y c h o s e n (Diagnosegruppe 7; Patientenzahl: 291) werden bei Frauen 2,4 mal häufiger diagnostiziert als bei Männern. Das Durchschnittsalter der Patienten ist mit 53.7 Jahren das zweithöchste aller Diagnosegruppen. Die psychopathologische Symptomatik erscheint im Vergleich zu schizophrenen

Psychosen weit weniger vielfältig. Symptome aus dem Bereich "Verstimmungen und Gefühlsstörungen" stehen aufgrund ihrer Häufigkeit und ihrer relativ schweren Ausprägungen im Vordergrund der Symptomatik. Als kennzeichnende Symptome der depressiven affektiven Psychosen können genannt werden: Die affektiven Symptome deprimiert/traurig[1)], innerlich unruhig[1)], ängstlich[1)], Störung der Vitalgefühle[1)], Insuffizienzgefühl[1)], hoffnungslos/verzweifelt[1)], Schuldgefühl[1)], klagsam/jammerig[1)], Gefühl der Gefühllosigkeit[1)], die psychomotorischen Störungen antriebsarm und antriebsgehemmt[1)], eine abendliche Besserung[1)], Krankheitsgefühl[1)], Suizidtendenzen[1)], eine Verminderung der Sexualität; Einschlaf-[1)] und Durschschlafstörungen[1)], eine Verminderung des Appetits[1)] sowie vegetative Symptome[1)].

Bei der Diagnose M a n i e (Diagnosegruppe 8; Patientenzahl: 33) ist die Geschlechterrelation ausgewogen. Das Durchschnittsalter der Patienten beträgt 37.3 Jahre. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist mit 38 Tagen relativ kurz. Die psychopathologische Symptomatik wird dominiert von wenigen, außerordentlich häufigen Symptomen. In Teilen ist die Symptomatik der Manie gegensätzlich zur Symptomatik der depressiven affektiven Psychosen geartet. Als kennzeichnende Symptome der Manie können genannt werden: Beschleunigtes/ideenflüchtiges Denken[1)] und inkohärentes/zerfahrenes Denken[1)], Vorbeireden; überwertige Ideen[2)], ein Größenwahn[1)], die affektiven Symptome gehoben/euphorisch[1)], gesteigertes Selbstwertgefühl[1)] und affektlabil[1)], die psychomotorischen Störungen antriebsgesteigert[1)], motorisch unruhig[1)] und logorrhoisch; schließlich die Symptome Mangel an Krankheitseinsicht, Mangel an Krankheitsgefühl, vermehrte soziale Kontakte[1)], Aggressionstendenzen[1)], Steigerung der Sexualität[1)] und Verkürzung der Schlafdauer[1)].

Eine Z y k l o t h y m i e (Diagnosegruppe 9; Patientenzahl: 67) wird bei Frauen 1,8 mal häufiger fest-

gestellt als bei Männern. Das Durchschnittsalter beträgt 43.6 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 41 Tage. Die psychopathologische Symptomatik dieser Diagnosegruppe setzt sich aus den typischen Störungen der Manie und jener der depressiven affektiven Psychosen zusammen. Symptome anderer Art erscheinen nicht. Als kennzeichnende Symptome der Zyklothymie können genannt werden: Beschleunigtes/ideenflüchtiges Denken, die affektiven Symptome deprimiert/traurig, Störung der Vitalgefühle[2)], Insuffizienzgefühl[2)], hoffnungslos/verzeifelt[2)], gehoben/euphorisch und gesteigertes Selbstwertgefühl, die psychomotorischen Störungen antriebsgesteigert, motorisch unruhig und logorrhoisch, Krankheitsgefühl, mangelnde Krankheitseinsicht[2)] und mangelndes Krankheitsgefühl[2)], Aggressionstendenzen und eine Verkürzung der Schlafdauer.

Bei den paranoiden Syndromen (Diagnosegruppe 10, Patientenzahl: 40) findet man eine Geschlechterrelation von 1: 2.3 mit überwiegendem Frauenanteil. Das Durchschnittsalter ist mit 58.9 Jahren das höchste unter den Diagnosegruppen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 42 Tage. Die psychopathologische Symptomatik der paranoiden Syndrome ist weit weniger vielfältig als die der schizophrenen Psychosen. Wie dort bildet der Wahn ein zentrales Element der Symptomatik. Als kennzeichnende Symptome der paranoiden Syndrome können genannt werden: Eingeengtes Denken, Wahnstimmung, Wahneinfälle/Wahngedanken, Wahnwahrnehmungen, ein Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn[1)] bzw. ein Beziehungswahn, ein systematisierter Wahn[1)], Sinnestäuschungen, mißtrauisches/feindseliges Verhalten[1)], mangelnde Krankheitseinsicht, mangelndes Krankheitsgefühl und Suizidtendenzen.

Mit der Diagnosegruppe "Andere nichtorganische Psychosen" (Diagnosegruppe 11, Patientenzahl: 27) sind sämtliche reaktiven Psychosen

mit Ausnahme der depressiven affektiven Psychosen erfaßt. Die Geschlechterrelation dieser Patientengruppe ist ausgewogen. Das Durchschnittsalter der Patienten beträgt 35.6 Jahre. Die Aufenthaltsdauer ist mit durchschnittlich 24 Tagen die kürzeste aller Diagnosegruppen. Die meisten der auftretenden Symptome werden nicht mit der gleichen Regelmäßigkeit wie in den anderen Diagnosegruppen angetroffen. Hierdurch können nur wenige psychopathologisch kennzeichnende Symptome genannt werden: Auffassungsstörungen[1)], ein Beeinträchtiguns-/Verfolgungswahn bzw. ein Beziehungswahn, andere Entfremdungserlebnisse[1)] (Derealisationserlebnisse), Ängstlichkeit und Ratlosigkeit. Im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen erweckt die gefundene psychopathologische Symptomatik der reaktiven nichtorganischen Psychosen einen inhomogenen Eindruck.

Im Diskussionsteil wird auf die Frage nach der Bedeutung der Symptomatik für die Klassifikation der nichtorganischen Psychosen eingegangen.Vergleicht man die Häufigkeit des Auftretens und die Ausprägung der Symptome in den einzelnen Diagnosegruppen, dann erwartet man Aufschlüsse darüber, welche der erfaßten Symptome oder Symptomgruppen für die Differenzierung der Diagnosegruppen in Frage kommen und in welchem Maße dies zutrifft. Zur Differenzierung der Diagnosegruppen können aber nur solche Symptome beitragen, die in einer oder in sehr wenigen Diagnosegruppen (die hier gemeinten Diagnosegruppen sind in Tabelle 0.1 aufgelistet) außergewöhnlich häufig oder außergewöhnlich selten angetroffen werden, außerdem solche Symptome, die nur oder überwiegend bei schizophrenen Psychosen, affektiven Psychosen, paranoiden Syndromen oder reaktiven Psychosen anzutreffen sind oder fehlen. Die Ausprägungen der Symptome können zur Differenzierung der Diagnosegruppen beitragen, wenn damit bestimmte Diagnosegruppen gekennzeichnet werden können. Untersucht man die erfaßten

Symptome unter diesen Gesichtspunkten, dann kommt man zu folgenden Ergebnissen:

a) Die Aussagekraft der einzelnen Symptome im Hinblick auf die Diagnosefindung ist äußerst unterschiedlich.

b) Aus dem Vorliegen eines einzelnen Symptoms können keine diagnostischen Schlußfolgerungen gezogen werden. Allerdings kann das kombinierte Vorliegen oder Fehlen von Symptomen einen wertvollen Hinweis auf bestimmte Diagnosegruppen darstellen.

c) Bestimmte Gruppen von Symptomen sind bei nichtorganischen Psychosen für die Diagnosestellung von besonderem Wert (insbesondere Wahnsymptome, Ich- und Persönlichkeitsstörungen, Verstimmungen und Gefühlsstörungen).

d) Bestimmte Gruppen von Symptomen kommen hierzu weniger in Frage (z.B. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, somatische Symptome).

e) Die Symptome, die bei der Gesamtgruppe der nichtorganischen Psychosen am häufigsten angetroffen werden, besitzen in der Regel eine geringe diagnosebezogene Aussagekraft.

f) Versucht man, über die Ausprägungsgrade eine Diagnosegruppe von den anderen Diagnosegruppen zu unterscheiden, so findet man häufig, daß die aufgrund der Ausprägungsgrade gut trennenden Symptome gleichzeitig auch zu den Symptomen gehören, die aufgrund ihrer Häufigkeit die Diagnosegruppe kennzeichnen (z.B. die affektiven Symptome der depressiven affektiven Psychosen).

Man muß davon ausgehen, daß die Symptomatik der nichtorganischen Psychosen die derzeit einzige objektivierbare Möglichkeit zur Differenzierung der diagnostischen Gruppen der nichtorganischen Psychosen darstellt.

Damit in einem diagnostischen Prozeß eine zuverlässige und gültige Diagnose gefunden werden kann, müssen mehrere Faktoren zusammenwirken: Einmal sind Verfahrensrichtlinien

für den diagnostischen Prozeß erforderlich, damit die Symptomatik einer Erkrankung möglichst objektiv und reproduzierbar erfaßt werden kann und gleichzeitig die Zuverlässigkeit der Diagnose optimiert wird. Zum anderen gehört das Wissen um die differentialdiagnostische Aussagekraft der einzelnen Symptome und das Wissen um die Symptomatik der vermuteten Diagnosen zu den Voraussetzungen für die Diagnosestellung. Doch auch wenn die genannten Voraussetzungen gegeben sind, kann nicht in jedem Fall eine hinreichend gesicherte Diagnose gefunden werden. Bedeutsam ist dabei ein Ergebnis unserer Untersuchung, daß nämlich die Möglichkeiten zur Differenzierung der einzelnen Diagnosegruppen anhand der Symptomatik unterschiedlich sind. Die Einstufung eines Krankheitsbildes als schizophrene Psychose, als affektive Psychose oder als paranoides Syndrom dürfte im allgemeinen gelingen. Unterschiede in der Symptomatik dieser Psychoseformen bestehen hinsichtlich des Auftretens von Wahn, von Sinnestäuschungen, von Verstimmungen und Gefühlsstörungen, von Ich- und Persönlichkeitsstörungen und von Verlaufsbesonderheiten. Keinen Beitrag zur gegenseitigen Abgrenzung dieser Psychosen leisten Bewußtseinsstörungen, Orientierungsstörungen, überwertige Ideen, Zwänge und Phobien; einen Teilbeitrag leisten formale Denkstörungen, psychomotorische Störungen, Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens und somatische Störungen.

Die Symptomatik der a f f e k t i v e n P s y c h o s e n ist geprägt von wenigen, hier außergewöhnlich häufigen Symptomen aus den Symptomgruppen der Verstimmungen und Gefühlsstörungen, der formalen Denkstörungen, der psychomotorischen Störungen und der Verlaufsbesonderheiten. Nur in Ausnahmefällen treten Wahnsymptome, Sinnestäuschungen oder Ich- und Persönlichkeitsstörungen auf. Auf eine affektive Psychose kann geschlossen werden durch das Vorliegen von charakteristischen Konstellationen von Verstimmungen und Gefühlsstörungen, einer abendlichen

Besserung und der für die Manie typischen Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens. Suizidtendenzen sind außer bei depressiven affektiven Psychosen auch bei paranoiden Syndromen anzutreffen.

Die Symptomatik der s c h i z o p h r e n e n P s y c h o s e n ist vielfältiger als die der übrigen nichtorganischen Psychosen. Am deutlichsten wird dies bei den Symptomgruppen der formalen Denkstörungen, der Verstimmungen und Gefühlsstörungen und der psychomotorischen Störungen. Treten die im folgenden genannten Symptome in Kombination auf, so ist dies als starker Hinweis auf das Vorliegen einer schizophrenen Psychose zu werten: Inkohärent/zerfahren, Störungen der Ichidentität, Autismus, affektiv inadäquat, gefühlsverarmt/affektarm, gespannt, stuporös, mutistisch, negativistisch, maniriert und Parakinesen/Stereotypien. Wahnsymptome, Sinnestäuschungen und mangelnde Krankheitseinsicht sind auch bei den paranoiden Syndromen zu verzeichnen. Letztere zeigen zudem eine hohe Systematisierung des Wahns und im typischen Fall ein mißtrauisches/feindseliges Verhalten.

Am zuverlässigsten lassen sich diejenigen Diagnosegruppen von den anderen Diagnosegruppen abgrenzen, die mehrere nur sie kennzeichnende Merkmale aufweisen. Hierzu zählen vor allem die depressiven affektiven Psychosen und die Manie. Die Symptomatik dieser Diagnosegruppen unterscheidet sich voneinander und von den übrigen Diagnosegruppen so sehr, daß im typischen Fall die Diagnosefindung keine Probleme stellen wird. Die Grenzen zwischen den einzelnen Schizophrenieformen sowie zwischen schizophrenen Psychosen und paranoiden Syndromen können weniger genau gezogen werden. Im Vergleich zu den affektiven Psychosen bestehen hier mehr Gemeinsamkeiten bezüglich der gefundenen Symptome. Die Unterschiede in der Symptomatik der einzelnen Schizophrenieformen zeigen sich am besten in Symptomprofilen, die unter Verwendung der Ausprägungen und der Häufigkeiten erstellt wurden. Im Symptomprofil kommt einerseits die Vielfalt der Symptomatik zum Ausdruck, andererseits werden diejenigen Symptome besonders berück-

sichtigt, die für die betrachtete Diagnose die größte Diagnosespezifität besitzen. Einige der Schizophrenieuntergruppen lassen sich aufgrund ihrer Symptomatik besonders gut charakterisieren: Die paranoide Schizophrenie, die Katatonie, die akute schizophrene Episode und die schizophrenen Rest- und Defektzustände.

Wir haben in dieser Arbeit den Gedanken geprüft, ob in der Praxis der klinischen Diagnostik die Entscheidung zugunsten einer Diagnose aufgrund eines typischen Symptomprofils getroffen wird. Unsere Ergebnisse bestätigen diese Annahmen. Auf der Grundlage eines Vergleichs der einzelnen Diagnosegruppen finden wir für jede Diagnosegruppe ein kennzeichnendes Symptomprofil. Der Aussagewert solcher Symptomprofile ließe sich wohl noch verbessern durch eine Erweiterung des Symptomenkatalogs, durch eine Verfeinerung der Methodik und eine stärkere Berücksichtigung der Ausprägungen der Symptome. Es sei darauf hingewiesen, daß das DSM - III ein vollständiges Regelsystem dafür angibt, wie man von der psychopathologischen Symptomatik und einigen Verlaufsmerkmalen eine Diagnose gewinnen kann.
Führt man eine diagnostische Untersuchung an einem umfangreichen Patientengut durch und betrachtet man dabei ein breites Spektrum von Symptomen, so besteht der Gewinn einer solchen Untersuchung darin, daß auf der einen Seite Aussagen über die Art der typischen Symptome und auf der anderen Seite Aussagen über die Häufigkeit der Symptome bei den einzelnen Diagnosegruppen möglich sind, wobei auch die Ausprägung der Symptome berücksichtigt wird. Für die Differenzierung der diagnostischen Gruppen der nichtorganischen Psychosen betrachten wir die einzelnen Symptome und ihre Ausprägungen. Die Datenauswertung besteht darin, daß für jede Diagnosegruppe die Häufigkeit und die Ausprägung der Symptome bestimmt wird. Dieses Verfahren erscheint methodisch verbesserungsbedürftig, weil es klinisch in dieser recht

einfachen Form nicht durchgeführt wird und dort ein komplexeres, mehr ganzheitliches Verfahren angewendet wird. Der Kliniker betrachtet bei seinen diagnostischen Überlegungen nicht die einzelnen Symptome hintereinander, sondern gleichzeitig Komplexe von Symptomen. Eine Auswertung der Daten unter diesem Gesichtspunkt erfordert auch eine Veränderung der Methodik der statistischen Auswertung. Dies könnte folgendermaßen geschehen: Ausgehend von einer Folge von Merkmalen wird geprüft, ob deren gleichzeitige An- oder Abwesenheit für eine diagnostische Gruppe relevant ist oder nicht. Die weiterführende statistische Auswertung wird darin bestehen, diesen Gedanken unter Zuhilfenahme der technischen Hilfsmittel der elektronischen Datenverarbeitung zu verwirklichen. Dieses Verfahren zielt darauf ab, die Kriterien für das Auffinden einer Diagnose, wie sie z.B. vom DSM - III angegeben werden, diesmal in umgekehrter Reihenfolge anzuwenden, nämlich die Diagnose zu betrachten und zu überprüfen, ob die Kriterien auch tatsächlich angewendet wurden.

Teil 6

T a b e l l a r i s c h e r A n h a n g

1. Übersicht
2. Tabellen und Abbildungen

Tabellarischer Anhang

Übersicht über den tabellarischen Anhang

Lesehilfe für das Studium der Tabellen:

Auf jede der Tabellen und Abbildungen der Unterpunkte 1.1 bis 2.11 wird in den entsprechenden Unterpunkten des Ergebnisteiles (Teil 3 der Arbeit) Bezug genommen. Die Tabellen und Abbildungen der Unterpunkte 0.1 bis 0.5 stellen eine Zusammenfassung der statistischen Ergebnisse der Arbeit dar. Auf diese Tabellen und Abbildungen wird im gesamten Ergebnisteil und in der Diskussion Bezug genommen.

1. Untersuchung der Grundgesamtheit: 917 Patienten mit nichtorganischen Psychosen

1.1 Geschlechtsverteilung
1.2 Altersverteilung
1.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik
1.4 Diagnosen
1.4.1 Übersicht
1.4.2 Unterschiede in der Verteilung der Diagnosen bei verschiedenen Altersgruppen
1.5 Symptomatik

2. Untersuchung von Diagnosegruppen

2.1 Diagnosegruppe 1: Hebephrene Schizophrenie
2.1.1 Geschlechtsverteilung
2.1.2 Altersverteilung
2.1.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik
2.1.4 Symptomatik

2.2 Diagnosegruppe 2: Katatone Schizophrenie
2.2.1 Geschlechtsverteilung
2.2.2 Altersverteilung
2.2.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik
2.2.4 Symptomatik

2.3 Diagnosegruppe 3: Paranoide Schizophrenie

2.3.1 Geschlechtsverteilung
2.3.2 Altersverteilung
2.3.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik
2.3.4 Symptomatik

2.4 Diagnosegruppe 4: Akute schizophrene Episode

2.4.1 Geschlechtsverteilung
2.4.2 Altersverteilung
2.4.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik
2.4.4 Symptomatik

2.5 Diagnosegruppe 5: Schizophrene Rest- und Defektzustände

2.5.1 Geschlechtsverteilung
2.5.2 Altersverteilung
2.5.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik
2.5.4 Symptomatik

2.6 Diagnosegruppe 6: Schizoaffektive Psychose

2.6.1 Geschlechtsverteilung
2.6.2 Altersverteilung
2.6.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik
2.6.4 Symptomatik

2.7 Diagnosegruppe 7: Depressive affektive Psychosen

2.7.1 Geschlechtsverteilung
2.7.2 Altersverteilung
2.7.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik
2.7.4 Symptomatik

2.8 Diagnosegruppe 8: Manie

2.8.1 Geschlechtsverteilung
2.8.2 Altersverteilung
2.8.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik
2.8.4 Symptomatik

2.9 Diagnosegruppe 9: Zyklothymie

2.9.1 Geschlechtsverteilung
2.9.2 Altersverteilung
2.9.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik
2.9.4 Symptomatik

2.10 Diagnosegruppe 10: Paranoide Syndrome

2.10.1 Geschlechtsverteilung
2.10.2 Altersverteilung
2.10.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik
2.10.4 Symptomatik

2.11 Diagnosegruppe 11: Andere nichtorganische Psychosen

2.11.1 Geschlechtsverteilung
2.11.2 Altersverteilung
2.11.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik
2.11.4 Symptomatik

0. Übersicht über die Diagnosegruppen

0.1 Einteilung in Diagnosegruppen
0.2 Geschlechterrelation
0.3 Durchschnittsalter
0.4 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik
0.5 Symptomatik

Tabellen und Abbildungen

1. Untersuchung der Grundgesamtheit:
Patienten mit nichtorganischen Psychosen

Fallzahl: 917 Patienten

1.1 Geschlechtsverteilung

	Fallzahl	%	Relation männl./weibl.
männlich	337	36.8	
weiblich	580	63.2	1 : 1.72
Summe	917	100.0	

Tab. 1.1 : Geschlechtsverteilung bei Patienten mit nichtorganischen Psychosen

1.2 Altersverteilung

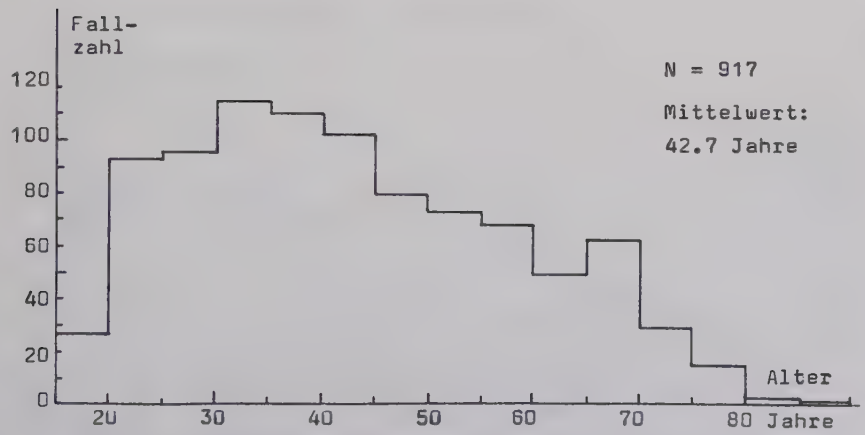


Abb. 1.2-1 : Altersverteilung bei Patienten mit nichtorganischen Psychosen

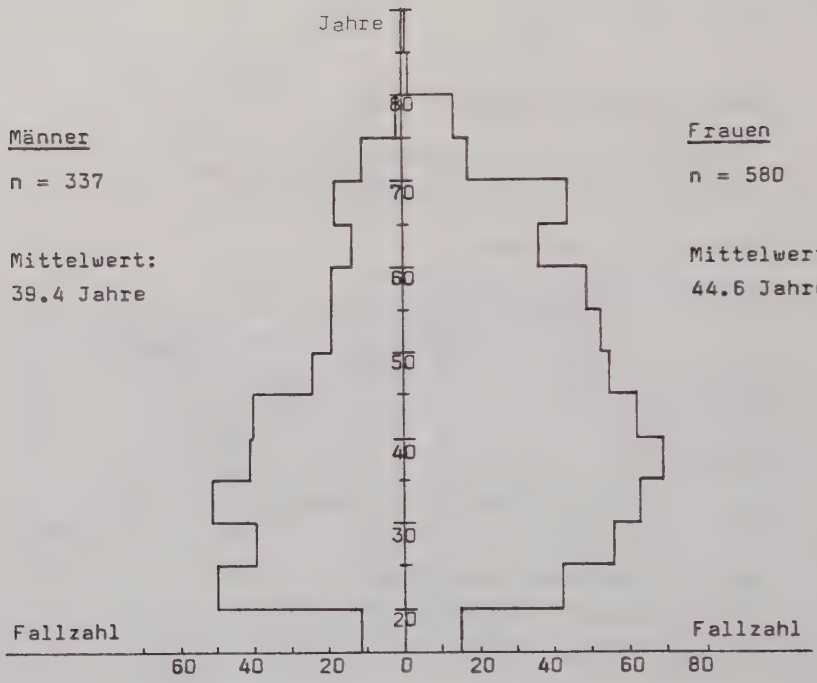


Abb. : Altersverteilung bei Männern und Frauen mit 1.2 - 2 nichtorganischen Psychosen

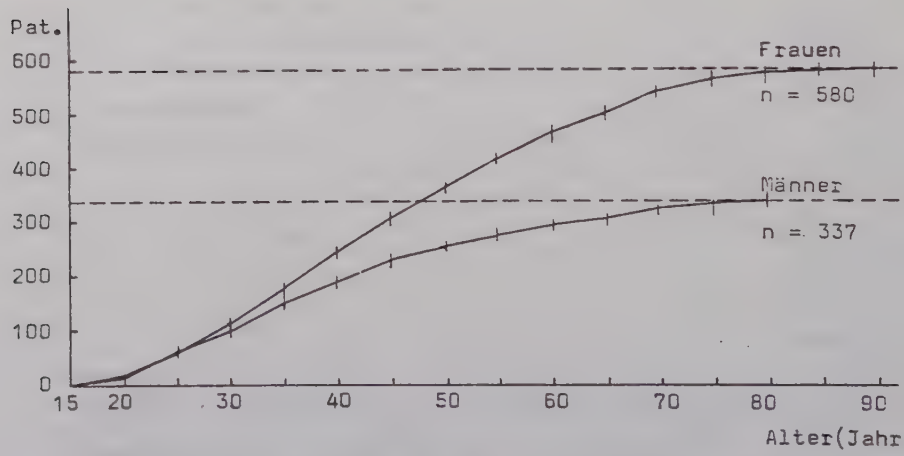


Abb. 1.2 - 3 : Zunahme der Patientenzahlen in Abhängigkeit vom Lebensalter bei Männern und Frauen mit nichtorganischen Psychosen (Integral zu Abb. 1.2 -2)

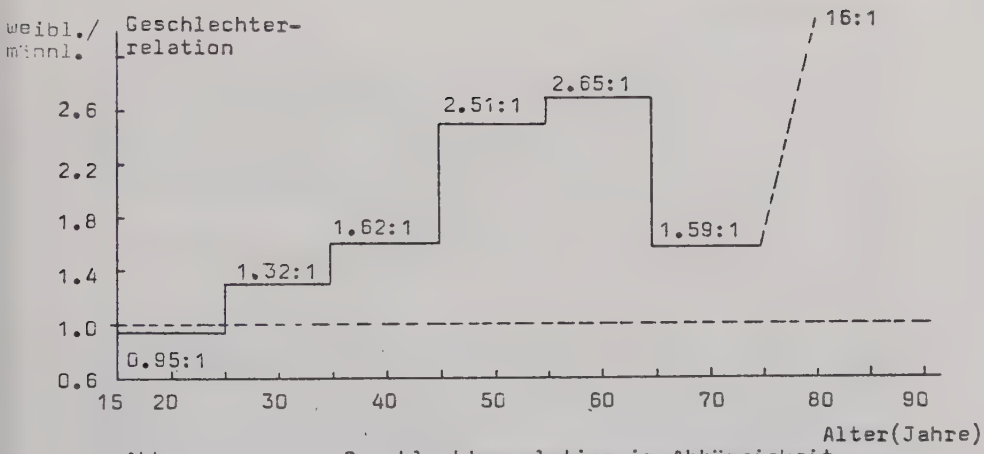


Abb. 1.2 - 4 : Geschlechterrelation in Abhängigkeit vom Lebensalter bei Patienten mit nichtorganischen Psychosen

1.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik

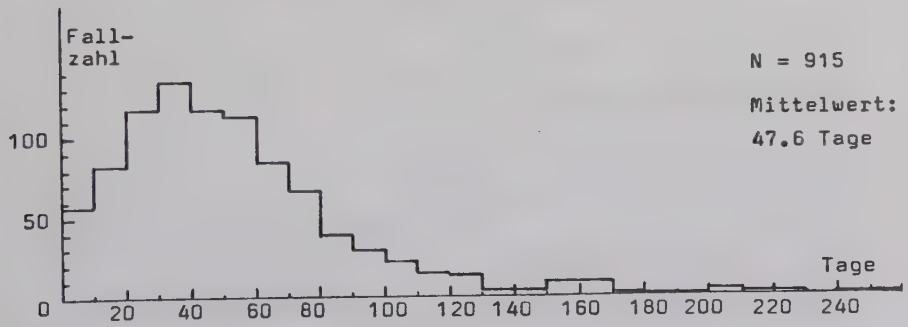


Abb. 1.3 : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten mit nichtorganischen Psychosen

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Geschlechtern getrennt betrug bei Männern 46.4 Tage, bei Frauen 48.3 Tage.

1.4 Diagnosen

1.4.1 Übersicht

Tab. 1.4.1 : Diagnosen und Fallzahlen bei Patienten mit nichtorganischen Psychosen (ICD Nr. 295 - 298)

Anm.: Die Gliederung der Tabelle entspricht ICD, 8. Revision. Die Häufigkeit der Diagnosen in der gesamten Klinikpopulation ist in der Spalte % ges. angegeben.

ICD Nr.	Diagnosen	Fallzahl		
		abs.	%	% ges.
295	Schizophrene Psychosen	456	49.7	26.1
295.0	Schizophrenia simplex	2	0.2	0.1
295.1	Hebephrene Form	49	5.3	2.8
295.2	Katatone Form	28	3.1	1.6
295.3	Paranoide Form	170	18.5	9.7
295.4	Akute schizophrene Episode	17	1.9	1.0
295.5	Latente Schizophrenie	2	0.2	0.1
295.6	Schizophrene Rest- und Defektzustände	32	3.5	1.8
295.7	Schizoaffektive Psychose	153	16.7	8.7
295.8	Andere Schizophrenieformen	3	0.3	0.2
296	Affektive Psychosen	385	42.0	22.0
296.0	Involutionsdepression	117	12.8	6.7
296.1	Manie im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose oder einer periodischen Manie	33	3.6	1.9

ICD Nr.	Diagnosen	Fallzahl abs.	%	% ges.
296.2	Depression im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose oder einer periodischen Depression	165	18.0	9.4
296.3	Zirkuläre Verlaufsform manisch-depressiver Psychosen	67	7.3	3.8
296.8	Andere affektive Psychosen	2	0.2	0.1
296.9	Nicht näher bezeichnete affektive Psychosen	1	0.1	0.1
297	Paranoide Syndrome	40	4.4	2.3
297.0	Paranoia	3	0.3	0.2
297.1	Paranoide Psychose im Involutionsalter	29	3.2	1.7
297.9	Andere Wahnsyndrome	8	0.9	0.5
298	Andere nichtorganische Psychosen	36	3.9	2.1
298.0	Reaktive depressive Psychose	9	1.0	0.5
298.1	Reaktiver Erregungszustand	1	0.1	0.1
298.2	Reaktiver Verwirrtheitszustand	7	0.8	0.4
298.3	Akute paranoide Reaktion	18	2.0	1.0
298.9	Nicht näher bezeichnete reaktive Psychosen	1	0.1	0.1
	Summe nichtorganische Psych.	917	100.0	52.4

1.4.2 Altersabhängigkeit der Häufigkeit von Diagnosen

Zeichenerklärung:

schizophrene Psychosen — paranoide Syndrome

affektive Psychosen — andere nichtorganische Psychosen

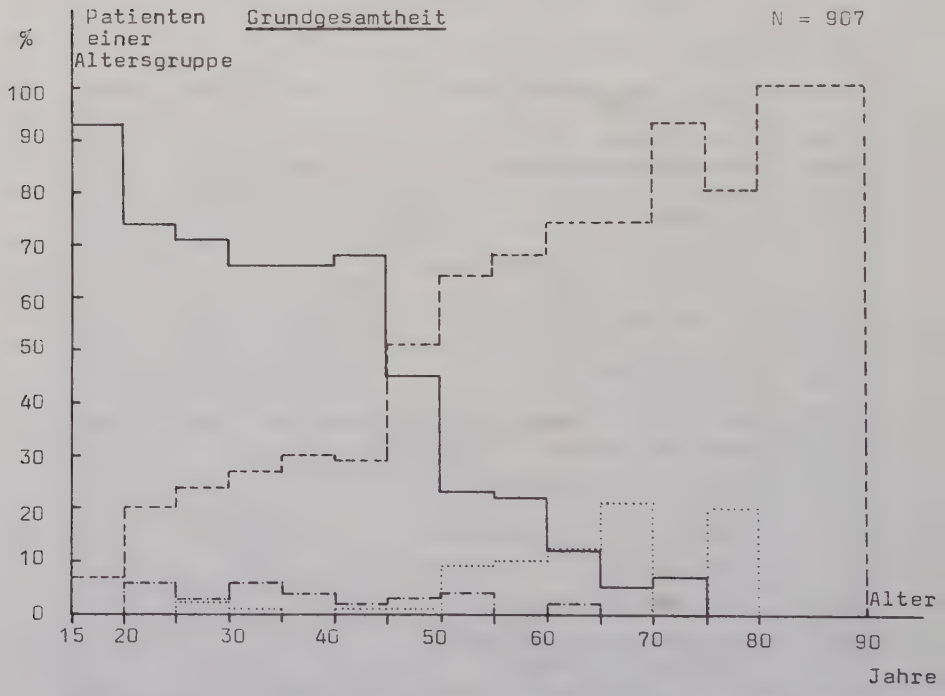


Abb. 1.4.2-1 : Prozentuale Verteilung von schizophrenen Psychosen, affektiven Psychosen, paranoiden Syndromen und anderen nichtorganischen Psychosen in Abhängigkeit vom Lebensalter

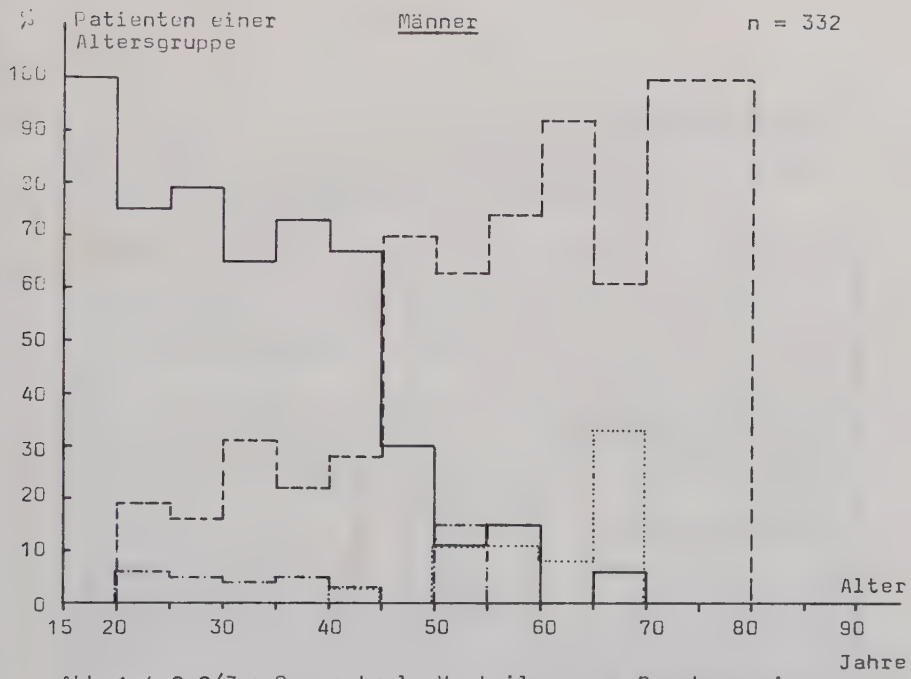
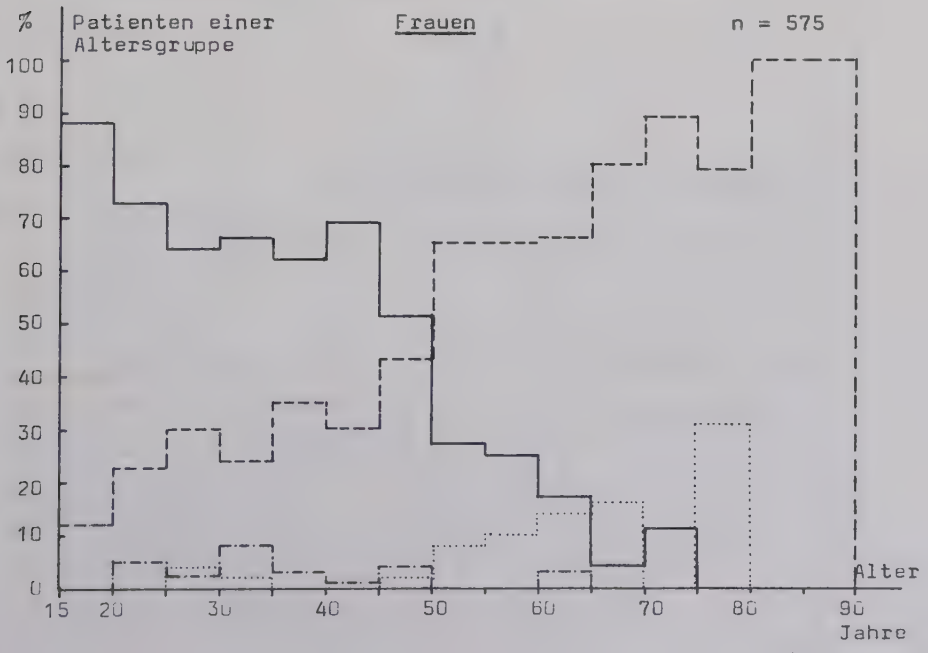


Abb.1.4.2-2/3 : Prozentuale Verteilung von Psychosen in Abhängigkeit vom Lebensalter bei Männern (oben) und Frauen (unten) der Grundgesamtheit



1.5 Symptomatik

Tab.1.5 : Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit nichtorganischen Psychosen

N = 917

Symptom	Fallzahl abs.	%	Ausprägung 1	2	3
1. Psychischer Befund					
Bewußtseinsstörungen					
umdämmert	21	2	10	8	3
Bewußtseinstrübung	16	2	14	2	0
andere Bew.störung	7	1	3	2	2
delirant	5	1	3	2	0
Orientierungsstörungen					
zeitlich	71	8	36	25	10
situativ	68	7	30	28	10
örtlich	50	5	29	15	6
über die eig. Person	24	3	14	7	3
andere	6	1	2	2	2
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen					
Konzentrationsstörung.	490	53	189	232	69
Merkfähigkeitsstörung.	260	28	114	111	35
Auffassungsstörungen	203	22	89	83	31
Gedächtnisstörungen	144	16	76	54	14
Konfabulationen	33	4	11	10	12
andere	1	0	0	0	1

Symptom	Fallzahl abs.	%	Ausprägung 1	2	3
Formale Denkstörungen					
verlangsamt	278	30	122	117	39
eingeengt	268	29	93	122	53
inkohärent/zerfahren	249	27	76	115	58
Vorbeireden	185	20	81	72	32
beschleunigt/ideenflücht.	179	20	35	89	55
gehemmt	164	18	57	71	36
umständlich	158	17	74	62	22
Gedankenabreißen	111	12	41	49	21
perseverierend	81	9	36	34	11
gesperrt	77	8	17	40	20
andere	3	0	1	2	0
Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien					
Überwertige Ideen	104	11	29	39	39
Hypochondrie (n. wahnh.)	85	9	31	40	14
Zwangsdenken	47	5	19	18	10
Phobien	23	3	3	13	7
Zwangsimpulse	19	2	14	3	2
andere Störungen	0	0	0	0	0
Wahn					
Wahnstimmung	275	30	64	141	70
Beeintr./Verfolg.wahn	239	26	50	133	56
Wahneinf./Wahngedanken	238	26	42	140	56
Beziehungswahn	205	22	48	126	31

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Wahndynamik	199	22	52	103	44
Wahnwahrnehmung	162	18	34	87	41
systematisierter Wahn	123	13	23	56	44
Schuldwahn	57	6	17	25	15
Größenwahn	53	6	18	29	6
hypochondr. Wahn	45	5	11	22	12
Verarmungswahn	30	3	7	14	9
anderer Wahn	24	3	5	13	6
Eifersuchtswahn	12	1	5	7	0
Sinnestäuschungen					
Stimmenhören	128	14	18	73	37
Körperhalluzinationen/ Körperfühlstörungen	54	6	20	23	11
and. akustische Halluz.	42	5	10	20	12
optische Halluzinationen	41	5	11	23	7
Illusionen	31	3	10	13	8
Geruchs- u. Geschmacks-halluzinationen	22	2	10	7	5
andere Störungen	5	1	2	1	2
Ich- und Persönlichkeitsstörungen					
Stör. d. Ichidentität	106	12	31	55	20
sonst. Fremdbeeinfluss. erlebnisse	80	9	25	35	20
Autismus	80	9	32	30	18
Gedankeneingebung	63	7	22	33	8
andere Entfremdungserleb.	56	6	15	32	9
Gedankenausbreitung	49	5	16	26	7

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Gedankenentzug	29	3	7	17	5
andere	2	0	1	0	1
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
innerlich unruhig	530	58	118	310	102
deprimiert/traurig	477	52	120	225	132
ängstlich	449	49	150	194	105
ratlos	383	42	126	149	108
gespannt	309	34	102	144	63
hoffnungslos/verzweif.	294	32	59	131	104
Insuffizienzgefühl	283	31	73	113	97
Stör. d. Vitalgefühle	278	30	47	151	80
mißtrauisch/feindselig	224	24	99	84	41
affektiv inadäquat	190	21	53	106	31
mürrisch gereizt/ dysphorisch	177	19	67	73	37
Schuldgefühl	175	19	54	65	56
affektstarr	173	19	61	86	26
klagsam/jammerig	152	17	55	57	40
gehoben/euphorisch	149	16	45	73	31
gefühlsverarmt/ affektarm	149	16	48	74	27
ambivalent	128	14	38	62	28
affektlabil	108	12	47	46	15
Gefühl d. Gefühllosigk.	86	9	22	48	16
gesteig. Selbstwertgef.	81	9	20	39	22
Verarmungsgefühl	51	6	16	22	13

Symptom	Fallzahl abs.	%	Ausprägung 1	2	3
affektinkontinent	51	6	21	19	11
läppisch	49	5	23	20	6
ekstatisch/verzückt	36	4	22	11	3
andere Störungen	3	0	1	2	0
Psychomotorische Störungen					
antriebsarm	347	38	121	152	74
motorisch unruhig	301	33	91	157	53
antriebsgesteigert	234	26	75	114	45
antriebsgehemmt	164	18	43	85	36
logorrhoisch	106	12	31	51	24
mutistisch	82	9	33	27	22
maniriert	66	7	28	27	11
Parakinesen/Stereotypien	54	6	23	21	10
stuporös	52	6	15	20	17
negativistisch	50	5	18	23	9
Sprachzerfall/Neologismen	18	2	9	8	1
andere Störungen	8	1	1	5	2
Verlaufsbesonderheiten					
abends besser	205	22	89	96	20
nächtl. Exazerbationen	16	2	8	3	5
morgens besser	16	2	7	9	0
andere Verlaufsbesonderh.	8	1	1	4	3
Störungen des Trieb- u. Sozialverhaltens, Pflegebedürftigk.					
Kontakt vermindert	442	48	116	217	109

Symptom	Fallzahl abs.	%	Ausprägung 1	2	3
Krankheitsgefühl	402	44	80	205	117
Mangel an Krankheitseinsicht	323	35	60	126	137
Mangel an Krankheitsgefühl	219	24	32	110	77
Suizidtendenzen	194	21	81	68	45
Beschäftigung erschwert	157	17	30	59	68
Ablehnung d. Behandlung	156	17	49	52	55
Sexualität vermindert	136	15	30	56	50
Aggressionstendenzen	104	11	45	46	13
Kontakt vermehrt	60	7	17	29	14
Suizidhandlungen	49	5	9	18	22
Nahrungsablehnung	46	5	30	9	7
Aggressionshandlungen	45	5	13	23	9
Sexualität gesteigert	31	3	16	8	7
bettlägerig	19	2	8	7	4
unselbst. in Körperpfl.	19	2	8	8	3
Selbstbeschädigungs(tend.)	14	2	6	5	3
läßt unter sich	5	1	1	3	1
sex. Triebabweichungen	1	0	0	1	0
andere Störungen	2	0	0	1	1

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
2. Somatischer Befund[1]					
Schlafstörungen					
Durchschlafstörung	578	63	109	331	138
Einschlafstörung	521	57	114	283	124
Verkürzung der Schlafdauer	319	35	61	164	94
Müdigkeit	158	17	51	83	24
Einschlafneigung am Tage	46	5	18	19	9
Appetenzstörungen					
Appetit vermindert	413	45	156	174	83
Durst vermehrt[2]	39	4	16	12	11
Appetit vermehrt[2]	37	4	20	11	6
Vegetative Symptome					
" Kopfdruck " o. ä.	140	15	64	48	28
Obstipation	139	15	65	59	15
Schwitzen	131	14	66	42	23
Mundtrockenheit	102	11	64	31	7
Herzsensationen	94	10	43	34	17
Schwindel	82	9	53	22	7
Hitzegefühl	65	7	41	18	6
Übelkeit	59	6	41	15	3
Weitere körperliche Symptome					
andere	76	8	37	31	8

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Neurologische Symptome					
feinschlägiger Tremor	52	6	42	8	2
Muskeltonus erhöht[2)]	26	3	15	11	0

1) Symptome, die bei weniger als 5 % der Fälle auftraten, sind nicht aufgeführt.

2) Ausnahme zu 1). Symptom erscheint im Symptomatikteil der Diagnosegruppen.

2. Untersuchung von Diagnosegruppen

2.1 Diagnosegruppe 1: Hebephrene Schizophrenie

Fallzahl: 49 Patienten

2.1.1 Geschlechtsverteilung

	Fallzahl	%	Relation männl./weibl.
männlich	36	73	
weiblich	13	27	2.8 : 1
Summe	49	100	

Tab. 2.1.1 : Geschlechtsverteilung bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie

2.1.2 Altersverteilung

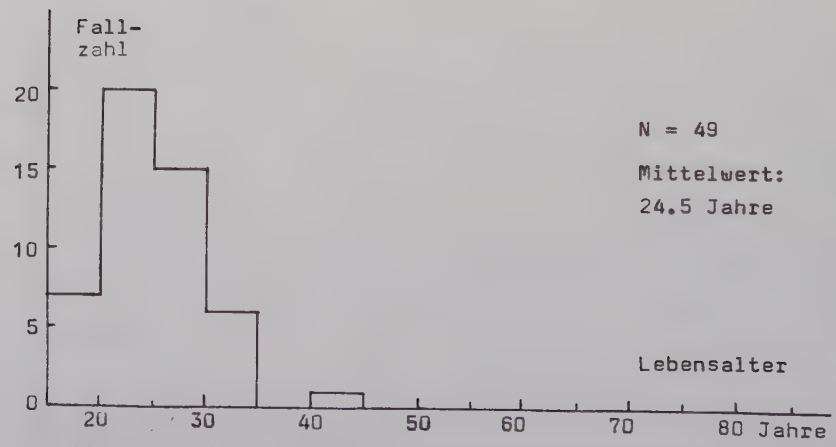


Abb. 2.1.2-1 : Altersverteilung bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie

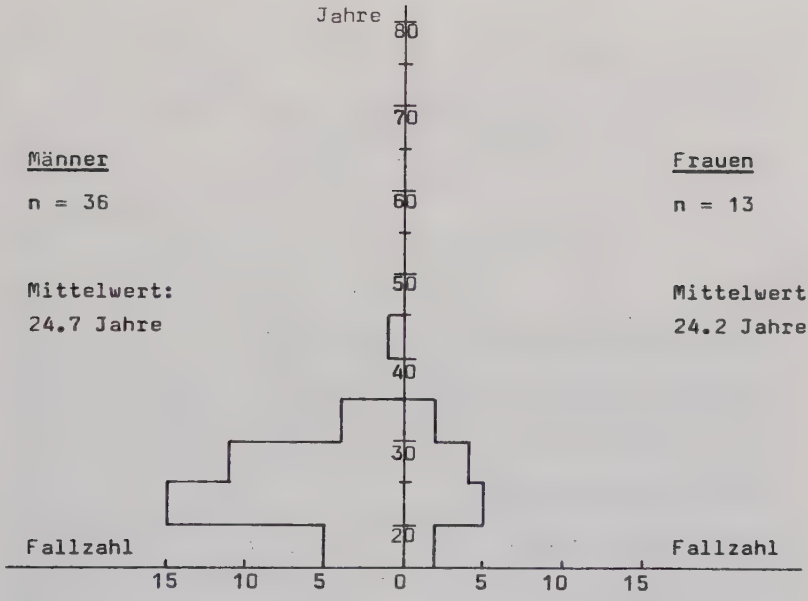


Abb. 2.1.2-2 : Altersverteilung bei Männern und Frauen mit hebephrener Schizophrenie

2.1.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik

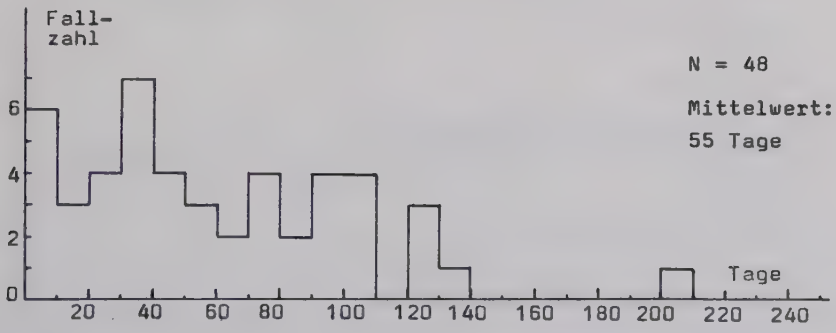


Abb. 2.1.3 : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Geschlechtern getrennt betrug bei Männern 58 Tage, bei Frauen 47 Tage.

2.1.4 Symptomatik

Tab. 2.1.4 : Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit hebephrener Schizophrenie

N = 49

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen					
Konzentrationsstörung.	40	82	17	21	2
Auffassungsstörungen	16	33	11	1	4
Formale Denkstörungen					
inkohärent/zerfahren	21	43	7	6	8
Vorbeireden	17	35	9	5	3
umständlich	17	35	11	5	1
Wahn					
Wahneinfall/Wahnged.	18	37	5	11	2
Beeinträcht./Verfolgungs-Wahn	18	37	8	8	2
Wahndynamik	17	35	7	10	0
Ich- und Persönlichkeitsstörungen					
Autismus	17	35	9	4	4
Stör. d. Ichidentität	12	25	5	5	2
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
affektiv inadäquat	22	45	6	14	2
mißtrauisch/feindselig	20	41	8	10	2
mürrisch gereizt/ dysphorisch	17	35	7	6	4

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
läppisch	8	16	5	1	2
Psychomotorische Störungen					
antriebsarm	24	49	13	7	4
Parakinesen/Stereotypien	10	20	2	5	3
maniriert[1)]	8	16	5	3	0
Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürft.					
Kontakt vermindert	32	65	9	15	8
Mangel an Krankheits - einsicht	27	55	8	5	14
Mangel an Krankheits - gefühl	24	49	6	11	7
Ablehnung der Behandlung	13	27	2	5	6
Aggressionstendenzen	12	25	4	7	1
Appetenzstörungen					
Appetit vermehrt	7	14	2	2	3

1) Ausnahme bezügl. der Auswahlkriterien

2.2 Diagnosegruppe 2: Katatone Schizophrenie

Fallzahl: 28 Patienten

2.2.1 Geschlechtsverteilung

	Fallzahl	%	Relation männl./weibl.
männlich	12	43	1 : 1.3
weiblich	16	57	
Summe	28	100	

Tab. 2.2.1 : Geschlechtsverteilung bei Patienten mit katatoner Schizophrenie

2.2.2 Altersverteilung

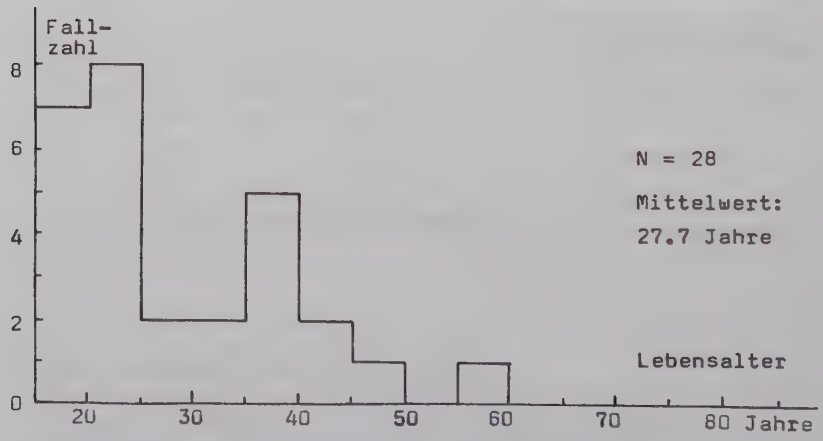


Abb. 2.2.2-1 : Altersverteilung bei Patienten mit katatoner Schizophrenie

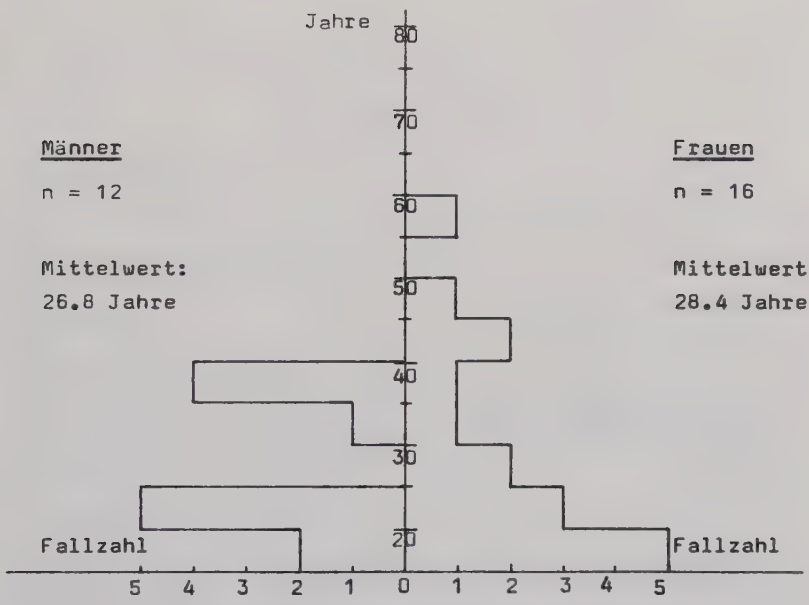


Abb. 2.2.2-2 : Altersverteilung bei Männern und Frauen mit katatoner Schizophrenie

2.2.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik

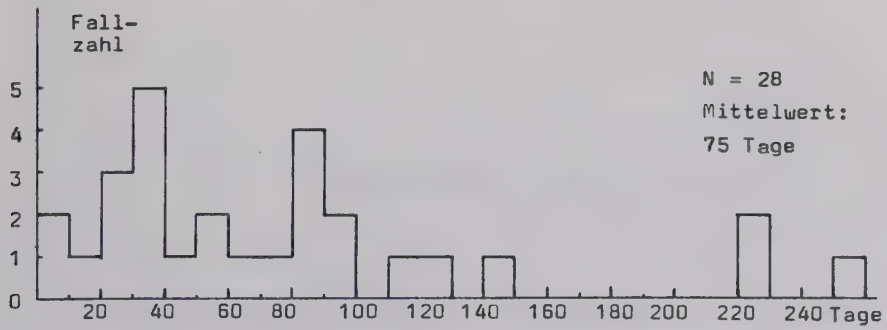


Abb. 2.2.3 : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten mit katatoner Schizophrenie

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Geschlechtern getrennt betrug bei Männern 55 Tage, bei Frauen 90 Tage.

2.2.4 Symptomatik

Tab. 2.2.4 : Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit katatoner Schizophrenie

N = 28

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Bewußtseinsstörungen					
Bewußtseinstrübung	4	14	2	2	0
Orientierungsstörungen					
zeitlich	6	21	3	0	3
situativ[1)]	4	14	1	0	3
Auffassungs- und Gedächtnisstörungen					
Auffassungsstörungen[1)]	6	21	0	5	1
Formale Denkstörungen					
inkohärent/zerfahren[1)]	10	36	1	2	7
gehemmt	10	36	6	2	2
Vorbeireden[1)]	8	29	1	3	4
gesperrt	8	29	2	3	3
Gedankenabreißen[1)]	5	18	2	0	3
Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien					
überwertige Ideen	6	21	1	2	3

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Wahn					
Wahnstimmung[1)]	10	36	0	5	5
Wahndynamik[1)]	8	29	2	3	3
Ich- und Persönlichkeitsstörungen					
Autismus	7	25	2	2	3
Gedankeneingebung	5	18	0	3	2
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
gespannt[1)]	12	43	4	2	6
mißtrauisch/feindsel.	10	36	6	3	1
gefühlsverarmt/ affektarm	9	32	2	6	1
läppisch	5	18	2	1	2
Psychomotorische Störungen					
mutistisch	13	46	1	5	7
stuporös	11	39	1	3	7
motorisch unruhig[1)]	11	39	3	4	4
antriebsarm[1)]	8	29	1	3	4
Parakinesen/Stereotyp.	8	29	4	2	2
negativistisch	6	21	0	4	2

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Störungen des Trieb- u. Sozialverhaltens, Pflegebedürft.					
Kontakt vermindert[1)]	15	54	1	6	8
bettlägerig	4	14	1	0	3
Nahrungsablehnung[1)]	4	14	1	1	2
ißt nicht selbständig	3	11	0	0	3
Appetenzstörungen					
Appetit vermindert[1)]	10	36	2	3	5

1) Symptom tritt durchschnittlich häufig auf, ist aber deutlich stärker ausgeprägt

2.3 Diagnosegruppe 3: Paranoide Schizophrenie

Fallzahl: 170 Patienten

2.3.1 Geschlechtsverteilung

	Fallzahl	%	Relation männl./weibl.
männlich	70	41	1 : 1.4
weiblich	100	59	
Summe	170	100	

Tab. 2.3.1 : Geschlechtsverteilung bei Patienten mit paranoider Schizophrenie

2.3.2 Altersverteilung

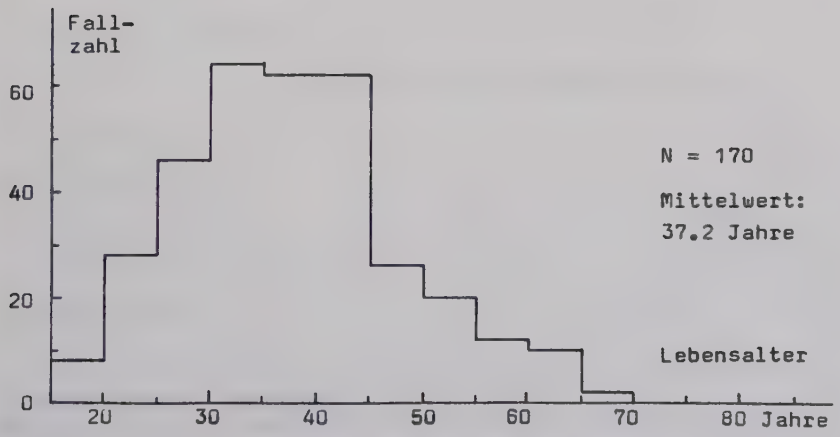


Abb. 2.3.2-1 : Altersverteilung bei Patienten mit paranoider Schizophrenie

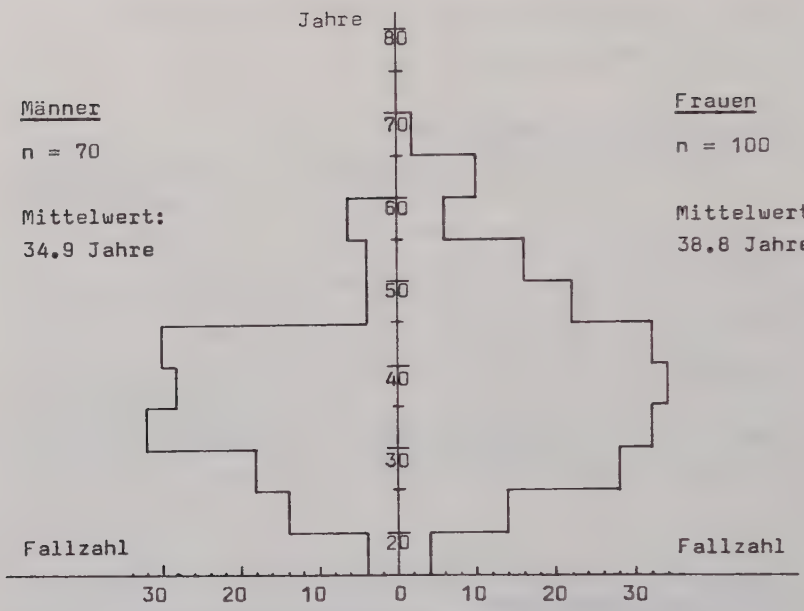


Abb. 2.3.2-2 : Altersverteilung bei Männern und Frauen mit paranoider Schizophrenie

2.3.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik

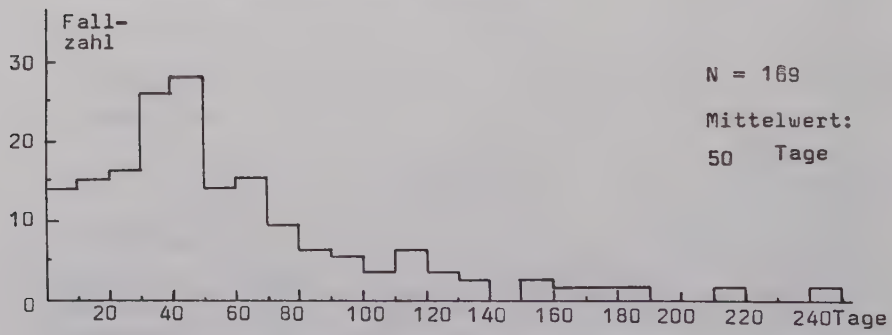


Abb. 2.3.3 : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten mit paranoider Schizophrenie

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Geschlechtern getrennt betrug bei Männern 46 Tage, bei Frauen 53 Tage.

2.3.4 Symptomatik

Tab. 2.3.4 : Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit paranoider Schizophrenie

N = 170

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Formale Denkstörungen					
inkohärent/zerfahren	72	42	26	30	16
eingeengt	67	39	20	33	14
Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien					
überwertige Ideen[1)]	22	13	2	8	12
Wahn					
Wahnstimmung	103	61	14	48	41
Beeinträchtigungs-/ Verfolgungs-Wahn	95	56	14	47	34
Wahneinfall/Wahnged.	84	49	8	43	33
Wahndynamik	79	46	11	43	25
Wahnwahrnehmung	68	40	9	36	23
Beziehungswahn	68	40	12	40	16
systematisierter Wahn	62	36	6	28	28
Größenwahn[2)]	20	12	5	11	4
hypochondr. Wahn[2)]	15	9	0	10	5
Sinnestäuschungen					
Stimmenhören	64	38	7	30	27
Körperhalluzinationen/ Körperfühlstörungen[2)]	23	14	5	13	5

Symptom	Fallzahl abs.	%	Ausprägung 1	2	3
optische Halluzinat.[2]	20	12	4	12	4
and. akust. Halluzinat.[1]	18	11	6	3	9
Ich- und Persönlichkeitsstörungen					
Stör. d. Ichidentität	40	24	9	18	13
sonst. Fremdbeeinfluss.-erlebnisse	34	20	10	9	15
Gedankeneingebung	29	17	9	16	4
Autismus[1]	28	16	7	14	7
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
mißtrauisch/feindselig	63	37	24	21	18
affektiv inadäquat	59	35	16	33	10
mürrisch gereizt/ dysphorisch	49	29	17	22	10
Störungen d. Trieb- u. Sozialverhaltens, Pflegebedürft.					
Mangel an Krankheits-einsicht	98	58	12	34	52
Kontakt vermindert	98	58	22	46	30
Mangel an Krankheits-gefühl	69	41	8	36	25
Ablehnung d. Behandlung	49	29	11	16	22

1) Symptom tritt durchschnittlich häufig auf, ist aber deutlich stärker ausgeprägt

2) Ausnahme bezügl. der Auswahlkriterien

2.4 Diagnosegruppe 4: Akute schizophrene Episode

Fallzahl: 17 Patienten

2.4.1 Geschlechtsverteilung

	Fallzahl	%	Relation männl./weibl.
männlich	5	29	1 : 2.4
weiblich	12	71	
Summe	17	100	

Tab. 2.4.1 : Geschlechtsverteilung bei Patienten mit akuter schizophrener Episode

2.4.2 Altersverteilung

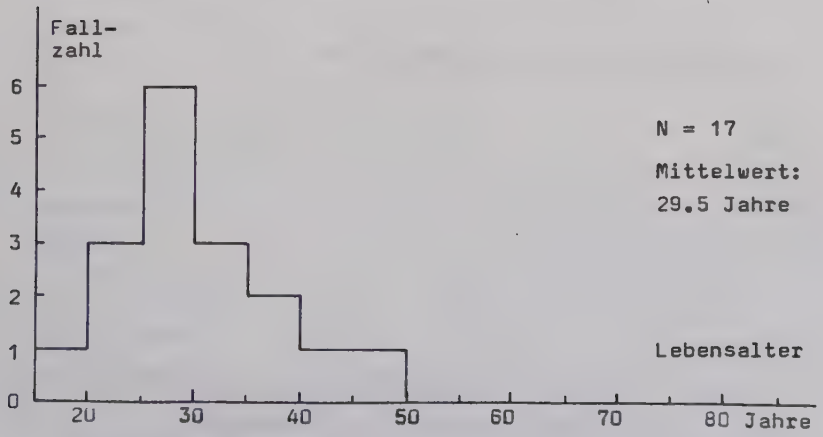


Abb. 2.4.2-1 : Altersverteilung bei Patienten mit akuter schizophrener Episode

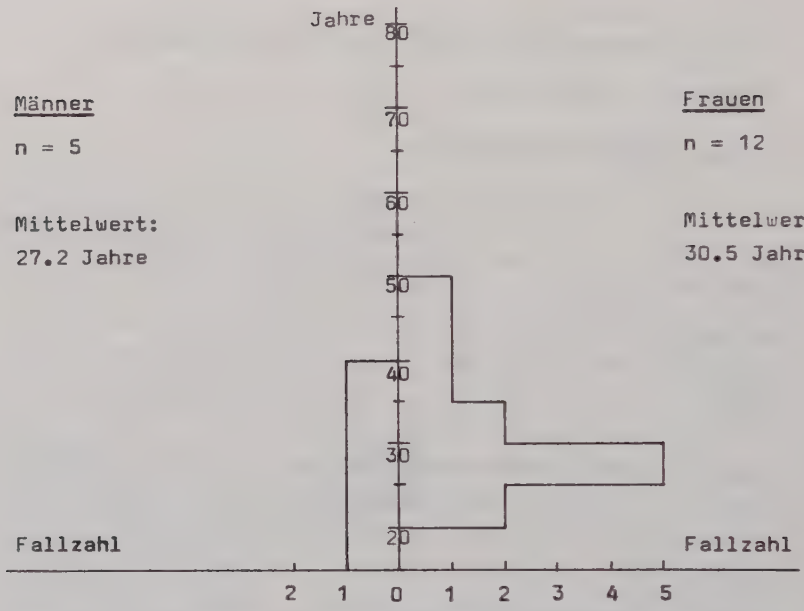


Abb. 2.4.2-2 : Altersverteilung bei Männern und Frauen mit akuter schizophrener Episode

2.4.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik

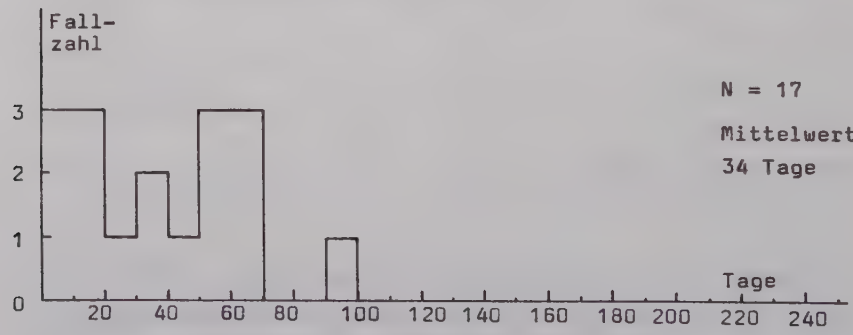


Abb. 2.4.3 : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten mit akuter schizophrener Episode

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Geschlechtern getrennt betrug bei Männern 30 Tage, bei Frauen 36 Tage.

2.4.4 Symptomatik

Tab. 2.4.4 : Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit akuter schizophrener Episode

N = 17

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Orientierungsstörungen					
zeitlich	6	35	3	3	0
situativ	4	24	0	4	0
örtlich	3	18	1	2	0
Formale Denkstörungen					
Vorbeireden	10	59	5	3	2
inkohärent/zerfahren	8	47	1	6	1
umständlich	5	29	1	4	0
Gedankenabreißen	5	29	3	1	1
gesperrt	4	24	0	4	0
Überwertige Ideen, Phobien, Zwänge					
Überwertige Ideen	5	29	0	3	2
Wahn					
Wahnstimmung	13	76	2	8	3
Beziehungswahn	12	71	2	8	2
Wahndynamik	10	59	2	4	4
Beeinträchtigungs-/ Verfolgungs-Wahn	9	53	0	6	3
Wahnwahrnehmung	9	53	1	7	1

Symptom	Fallzahl abs.	%	Ausprägung 1	2	3
Wahneinfall/Wahngedank.	8	47	2	5	1
systematisierter Wahn	4	24	0	1	3
anderer Wahn	3	18	0	1	2
Sinnestäuschungen					
Illusionen	4	24	0	2	2
Ich- und Persönlichkeitsstörungen					
Stör. d. Ichidentität	7	41	3	3	1
Gedankenausbreitung	4	24	0	3	1
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
gespannt	12	71	2	9	1
ratlos	10	59	1	3	6
ängstlich	10	59	3	3	4
mürrisch gereizt/ dysphorisch	7	41	1	4	2
mißtrauisch/feindselig	7	41	2	5	0
affektiv inadäquat	6	35	1	4	1
Psychomotorische Störungen					
motorisch unruhig	9	53	2	4	3
antriebsgesteigert[1]	4	24	1	1	2
mutistisch[2]	3	18	1	1	1
Störungen d. Trieb- u. Sozialverhaltens, Pflegebedürft.					
Mangel an Krankh.gef.	8	47	1	5	2
Ablehnung d. Behandl.	5	29	1	3	1

Symptom	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Aggressionstendenzen	4	24	2	2	0

1) Symptom tritt durchschnittlich häufig auf, ist aber deutlich stärker ausgeprägt

2) Ausnahme bezügl. der Auswahlkriterien

2.5 Diagnosegruppe 5: Schizophrene Rest- u. Defektzustände

Fallzahl: 32 Patienten

2.5.1 Geschlechtsverteilung

	Fallzahl	%	Relation männl./weibl.
männlich	15	47	
weiblich	17	53	1 : 1.1
Summe	32	100	

Tab. 2.5.1 : Geschlechtsverteilung bei Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen

2.5.2 Altersverteilung

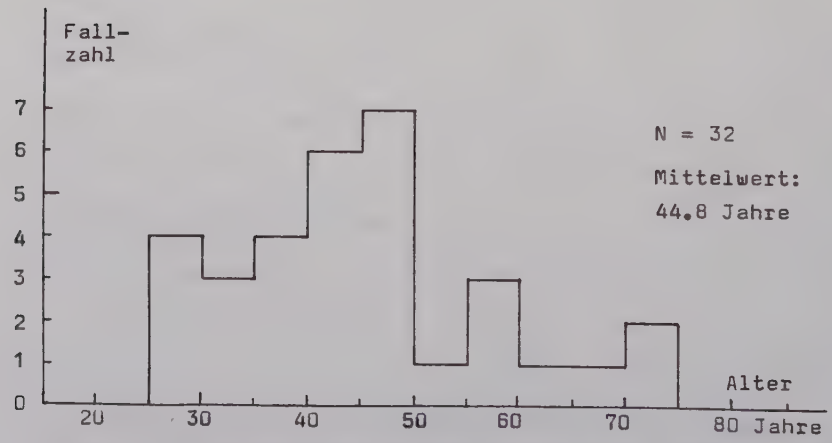


Abb. 2.5.2-1 : Altersverteilung bei Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen

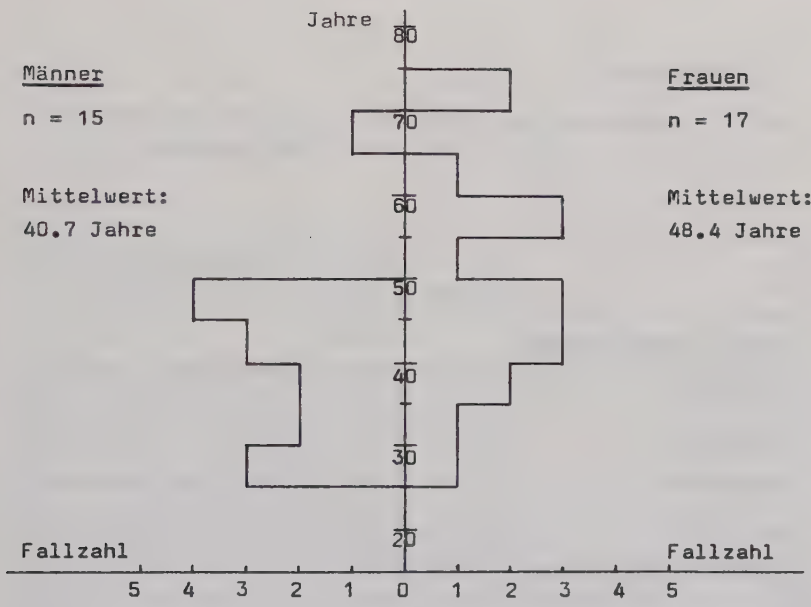


Abb. 2.5.2-2 : Altersverteilung bei Männern und Frauen mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen

2.5.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik

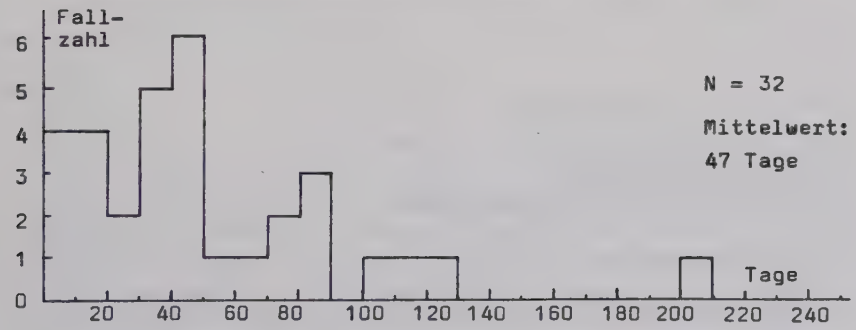


Abb. 2.5.3 : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzust.

Die durchschnittliche Aufentaltsdauer nach Geschlechtern getrennt betrug bei Männern 48 Tage, bei Frauen 46 Tage.

2.5.4 Symptomatik

Tab. 2.5.4 : Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit schizophrenen Rest- und Defektzuständen

N = 32

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Formale Denkstörungen					
eingeengt	14	44	5	6	3
verlangsamt	13	41	4	6	3
Vorbeireden	13	41	5	5	3
umständlich	11	34	3	6	2
inkohärent/zerfahren[1)]	10	31	1	5	4
Wahn					
Beziehungswahn	11	34	5	6	0
systematisierter Wahn	9	28	3	4	2
Sinnestäuschungen					
Stimmenhören	8	25	2	6	0
and. akust. Halluzinat.	6	19	1	5	0
Körperhalluzinationen/ Körperfühlstörungen	5	16	4	1	0
Ich- und Persönlichkeitsstörungen					
Gedankeneingebung	7	22	2	5	0
Gedankenausbreitung	6	19	1	4	1
sonst. Fremdbeeinfluss.- erlebnisse	6	19	2	4	0
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
gefühlsverarmt/affektarm	15	47	3	8	4

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
deprimiert/traurig[2)]	15	47	4	9	2
affektstarr	13	41	5	5	3
Psychomotorische Störungen					
antriebsarm	18	56	8	8	2
Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürft.					
Sexualität vermindert	10	31	1	3	6
Neurologische Symptome					
Muskeltonus erhöht	5	16	2	3	0

1) Symptom tritt durchschnittlich häufig auf, ist aber deutlich stärker ausgeprägt

2) Ausnahme bezüglich der Auswahlkriterien

2.6 Diagnosegruppe 6: Schizoaffektive Psychose

Fallzahl: 153 Patienten

2.6.1 Geschlechtsverteilung

	Fallzahl	%	Relation männl./weibl.
männlich	41	27	1 : 2.7
weiblich	112	73	
Summe	153	100	

Tab. 2.6.1 : Geschlechtsverteilung bei Patienten mit schizoaffektiver Psychose

2.6.2 Altersverteilung

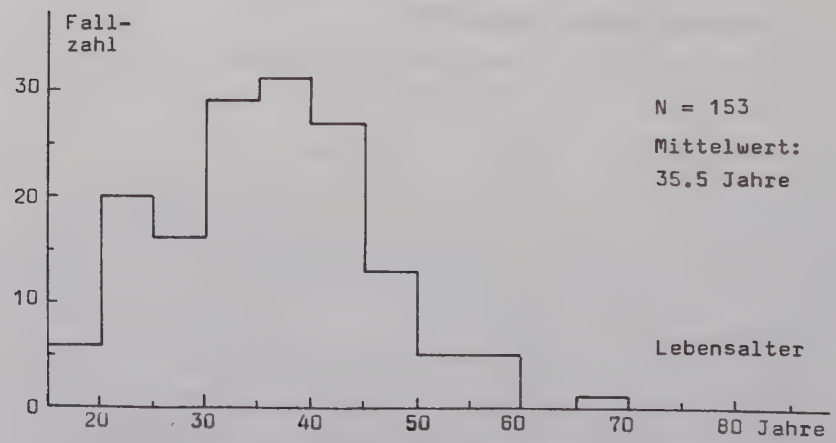


Abb. 2.6.2-1 : Altersverteilung bei Patienten mit schizoaffektiver Psychose

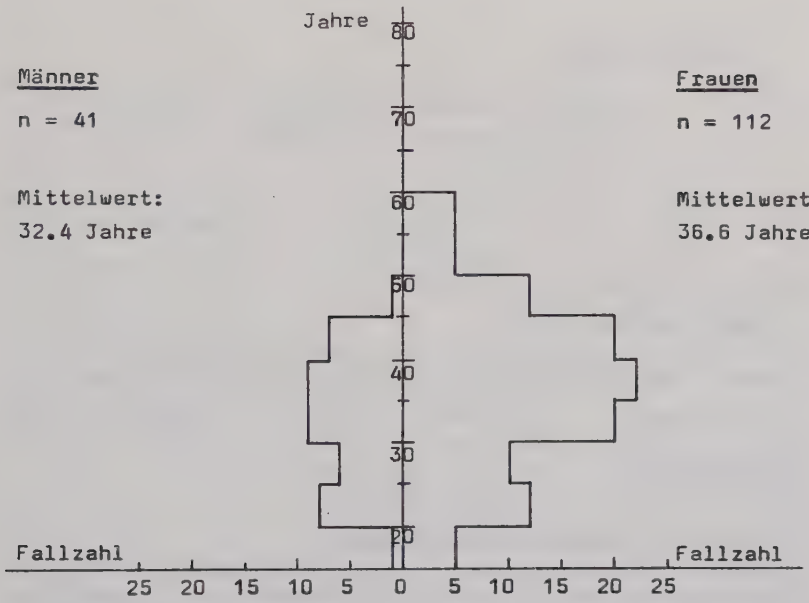


Abb. 2.6.2-2 : Altersverteilung beiMännern und Frauen mit schizoaffektiver Psychose

2.6.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik

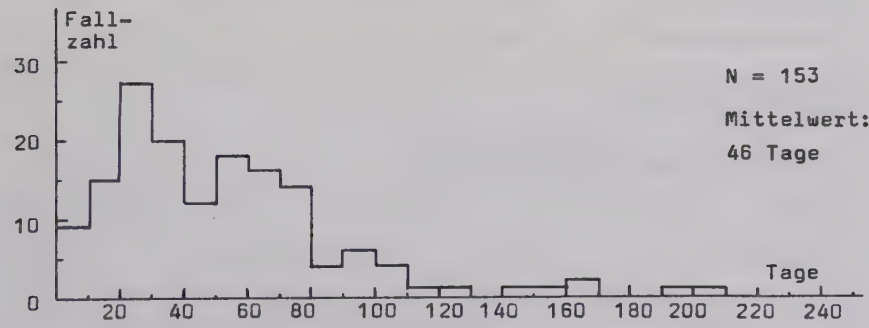


Abb. 2.6.3 : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten mit schizoaffektiver Psychose

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Geschlechtern getrennt betrug bei Männern 44 Tage, bei Frauen 47 Tage.

2.6.4 Symptomatik

Tab. 2.6.4 : Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit schizoaffektiven Psychosen

N = 153

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Formale Denkstörungen					
inkohärent/zerfahren	72	47	21	36	15
Vorbeireden	59	39	23	27	9
beschleunigt/ ideenflüchtig	52	34	6	30	16
Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien					
überwertige Ideen[1)]	26	17	6	9	11
Wahn					
Wahnstimmung	65	42	14	38	13
Wahneinfall/ Wahngedanken	59	39	9	41	9
Beziehungswahn[2)]	48	31	12	30	6
Beeinträchtigungs-/ Verfolgungs-Wahn[2)]	45	29	6	33	6
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
ratlos	86	56	27	20	39
ängstlich[2)]	84	55	26	37	21
deprimiert/traurig[2)]	69	45	20	32	17
affektiv inadäquat	47	31	11	28	8
gehoben/euphorisch	46	30	10	27	9

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Psychomotorische Störungen					
motorisch unruhig	70	46	18	44	8
antriebsgesteigert	68	44	17	43	8
antriebsarm[1)]	44	29	12	15	17
Schlafstörungen					
Durchschlafstörung	119	78	17	73	29
Einschlafstörung	102	67	16	66	20

1) Symptom tritt durchschnittlich häufig auf, ist aber deutlich stärker ausgeprägt

2) Ausnahme bezüglich der Auswahlkriterien

2.7 Diagnosegruppe 7: Depressive affektive Psychosen

Fallzahl: 291 Patienten

2.7.1 Geschlechtsverteilung

	Fallzahl	%	Relation männl./weibl.
männlich	87	30	1 : 2.3
weiblich	204	70	
Summe	291	100	

Tab. 2.7.1 : Geschlechtsverteilung bei Patienten mit depressiven affektiven Psychosen

2.7.2 Altersverteilung

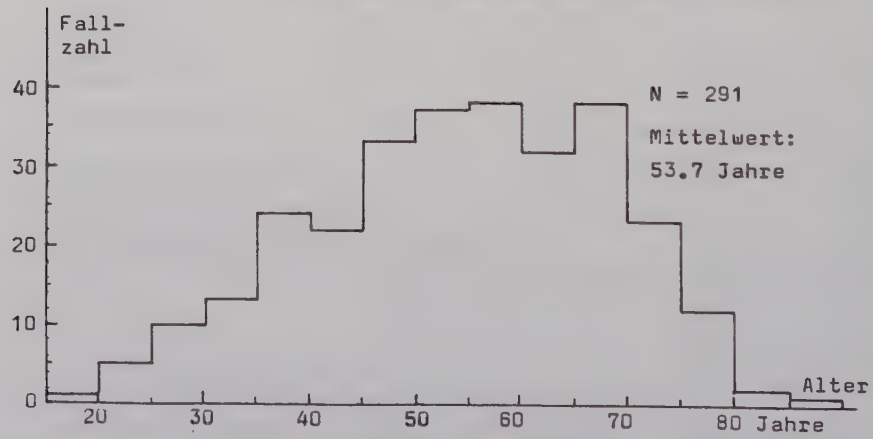


Abb. 2.7.2-1 : Altersverteilung bei Patienten mit depressiven affektiven Psychosen

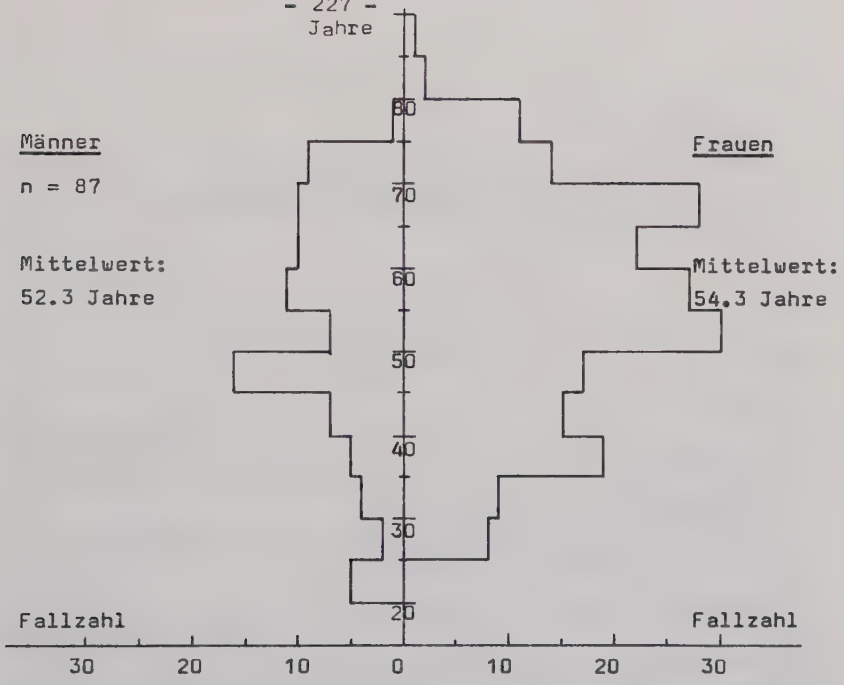


Abb. 2.7.2-2 : Altersverteilung bei Männern und Frauen mit depressiven affektiven Psychosen

2.7.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik

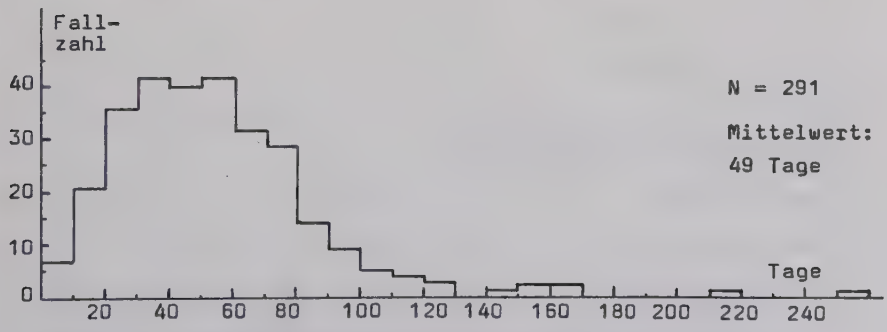


Abb. 2.7.3 : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten mit depressiven affektiven Psychosen

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Geschlechtern getrennt betrug bei Männern 47 Tage, bei Frauen 50 Tage.

2.7.4 Symptomatik

Tab. 2.7.4 : Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit depressiven affektiven Psychosen

N = 291

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Wahn					
Schuldwahn[2)]	32	11	15	8	9
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
deprimiert/traurig	250	86	35	126	89
innerlich unruhig[2)]	190	65	42	113	35
ängstlich	189	65	57	91	41
Stör. d. Vitalgefühle	169	58	25	87	57
Insuffizienzgefühl	169	58	40	66	63
hoffnungslos/verzweif.	165	57	29	72	64
Schuldgefühl	117	40	37	37	43
klagsam/jammerig	98	34	36	27	35
Gefühl d. Gefühllosigkeit[2)]	53	18	16	26	11
Psychomotorische Störungen					
antriebsarm	157	54	49	73	35
antriebsgehemmt	99	34	25	55	19
motorisch unruhig[2)]	61	21	22	28	11
antriebsgesteigert[2)]	28	10	12	9	7
Verlaufsbesonderheiten					
abends besser	162	56	66	78	18

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürft.					
Krankheitsgefühl	184	63	19	98	67
Suizidtendenzen	113	39	51	34	28
Sexualität vermindert[1)]	59	20	6	25	28
Suizidhandlungen[2)]	23	8	3	5	15
Schlafstörungen					
Durchschlafstörung	229	79	43	128	58
Einschlafstörung	207	71	47	111	49
Müdigkeit	85	29	29	47	9
Appetenzstörungen					
Appetit vermindert	194	67	69	83	42
Vegetative Symptome					
Obstipation	78	27	32	33	13
Schwitzen[2)]	66	23	30	24	12
Mundtrockenheit	65	22	38	23	4
" Kopfdruck " o. ä.[1)]	62	21	22	24	16
Herzsensationen[2)]	47	16	22	13	12

1) Symptom tritt durchschnittlich häufig auf, ist aber deutlich stärker ausgeprägt

2) Ausnahme bezüglich der Auswahlkriterien

2.8 Diagnosegruppe 8: Manie im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose oder einer periodischen Manie

Fallzahl: 33 Patienten

2.8.1 Geschlechtsverteilung

	Fallzahl	%	Relation männl./weibl.
männlich	17	52	1.1 : 1
weiblich	16	48	
Summe	33	100	

Tab. 2.8.1 : Geschlechtsverteilung bei Patienten mit Manie

2.8.2 Altersverteilung

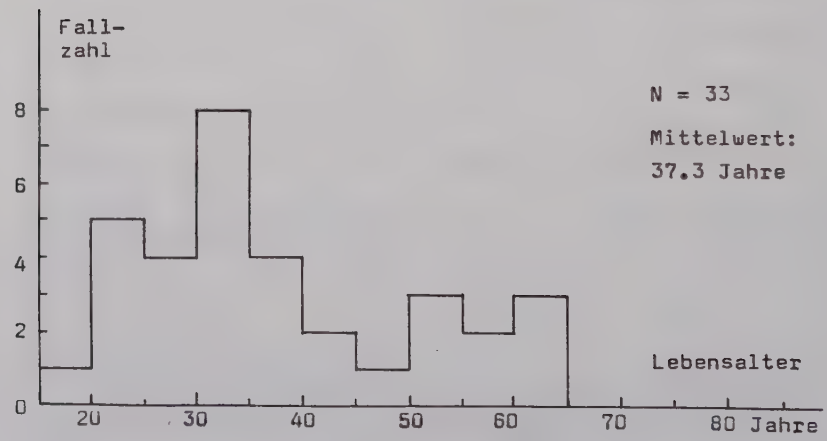


Abb. 2.8.2-1 : Altersverteilung bei Patienten mit Manie

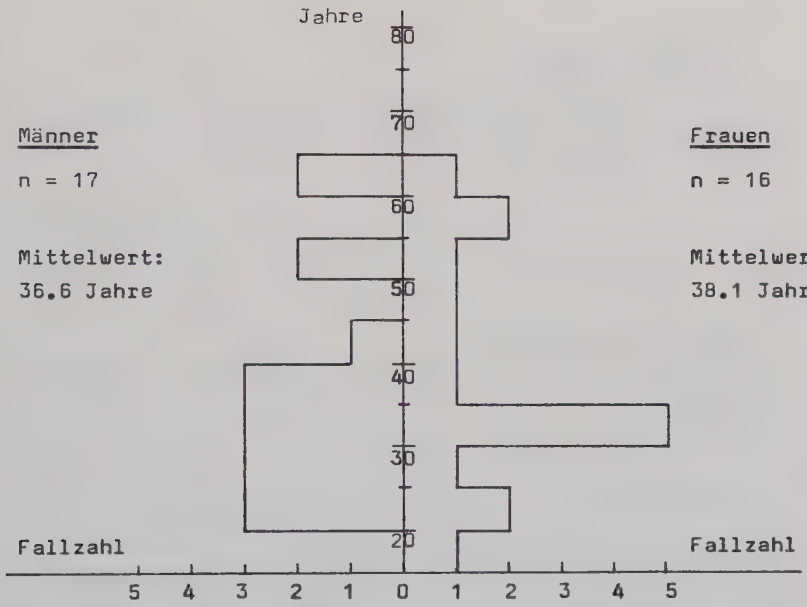


Abb. 2.8.2-2 : Altersverteilung bei Männern und Frauen mit Manie

2.8.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik

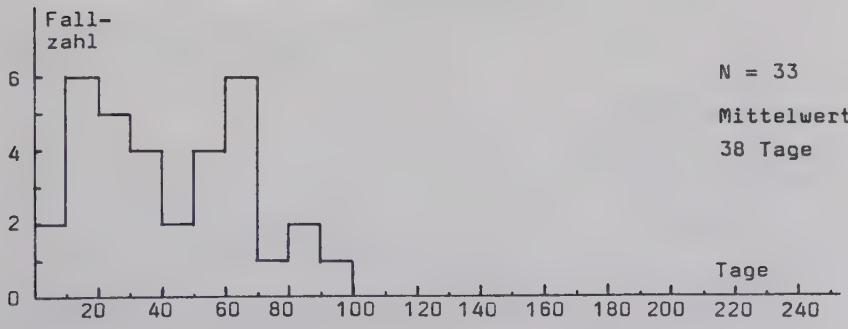


Abb. 2.8.3 : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten mit Manie

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Geschlechtern getrennt betrug bei Männern 41 Tage, bei Frauen 35 Tage.

2.8.4 Symptomatik

Tab. 2.8.4 : Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit Manie

N = 33

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Formale Denkstörungen					
beschleunigt/ ideenflüchtig	28	85	7	12	9
inkohärent/zerfahren	16	48	3	13	0
Vorbeireden	10	30	4	5	1
Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien					
überwertige Ideen[1)]	6	18	1	2	3
Wahn					
Größenwahn	6	18	3	2	1
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
gehoben/euphorisch	26	79	10	10	6
gesteigertes Selbstwertgefühl	18	55	5	8	5
mürrisch gereizt/ dysphorisch[1)]	8	24	1	3	4
affektlabil	8	24	4	4	0
Psychomotorische Störungen					
antriebsgesteigert	24	73	6	11	7
motorisch unruhig	21	64	6	8	7
logorrhoisch	10	30	2	5	3

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürft.					
Mangel an Krankheitseinsicht	19	58	1	12	6
Mangel an Krankheitsgefühl	16	48	0	11	5
kontaktvermehrt	14	42	3	6	5
Aggressionstendenzen	10	30	4	3	3
Sexualität gesteigert	8	24	3	5	0
Schlafstörungen					
Verkürz. d. Schlafdauer	21	64	5	9	7
Appetenzstörungen					
Durst vermehrt	6	18	2	3	1

1) Symptom tritt durchschnittlich häufig auf, ist aber deutlich stärker ausgeprägt

2.9 Diagnosegruppe 9: Zirkuläre Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose

Fallzahl: 67 Patienten

2.9.1 Geschlechtsverteilung

	Fallzahl	%	Relation männl./weibl.
männlich	24	36	
weiblich	43	64	1 : 1.8
Summe	67	100	

Tab. 2.9.1 : Geschlechtsverteilung bei Patienten mit Zyklothymie

2.9.2 Altersverteilung

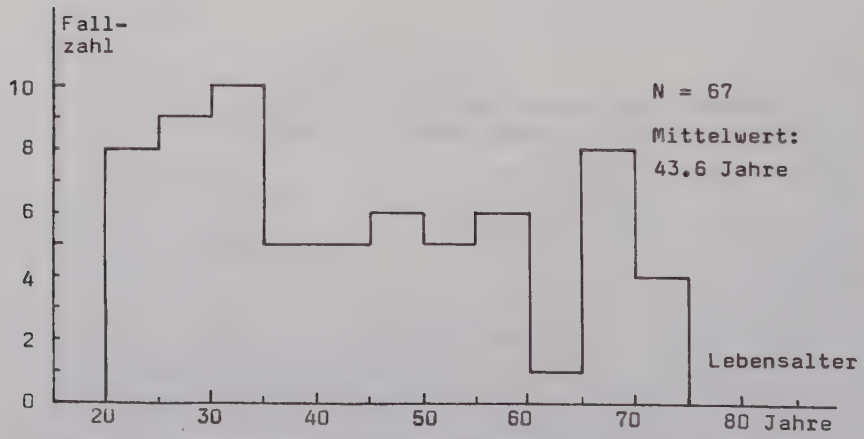


Abb. 2.9.2-1 : Altersverteilung bei Patienten mit Zyklothymie

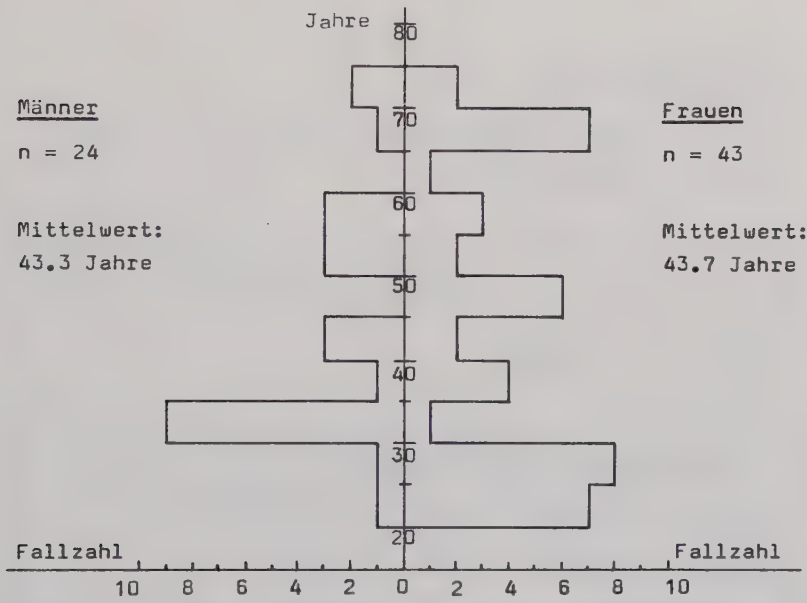


Abb. 2.9.2-2 : Altersverteilung bei Männern und Frauen mit Zyklothymie

2.9.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik

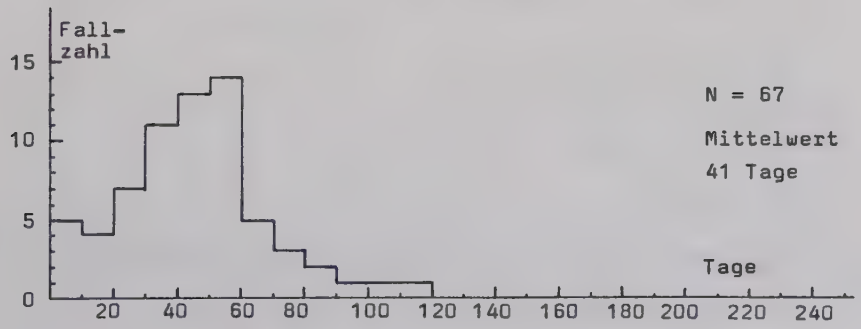


Abb. 2.9.3 : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten mit Zyklothymie

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Geschlechtern getrennt betrug bei Männern 37 Tage, bei Frauen 42 Tage.

2.9.4 Symptomatik

Tab. 2.9.4 : Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit Zyklothymie

N = 67

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Formale Denkstörungen					
beschleunigt	30	45	4	9	17
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
deprimiert/traurig[2)]	35	52	12	11	12
gehoben/euphorisch	26	39	3	14	9
Störung der Vitalgefühle[1)]	21	31	4	6	11
Insuffizienzgefühl[1)]	21	31	6	5	10
gesteigertes Selbestwertgefühl	18	27	0	11	7
hoffnungslos/verzweif.[1)]	16	24	2	4	10
Psychomotorische Störungen					
antriebsgesteigert	35	52	7	20	8
motorisch unruhig	31	46	10	12	9
logorrhoisch	20	30	2	12	6
Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürft.					
Krankheitsgefühl[2)]	32	48	5	15	12
Mangel an Krankheitseinsicht[1)]	18	27	2	4	12
Mangel an Krankheitsgefühl[1)]	18	27	4	6	8

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Aggressionstendenzen	15	22	6	6	3
Schlafstörungen					
Verkürz. d. Schlafdauer	31	46	6	11	14

1) Symptom tritt durchschnittlich häufig auf, ist aber deutlich stärker ausgeprägt

2) Ausnahme bezüglich der Auswahlkriterien

2.10 Diagnosegruppe 10: Paranoide Syndrome

Fallzahl: 40 Patienten

2.10.1Geschlechtsverteilung

	Fallzahl	%	Relation männl./weibl.
männlich	12	30	
weiblich	28	70	1 : 2.3
Summe	40	100	

Tab. 2.10.1 : Geschlechtsverteilung bei Patienten mit paranoiden Syndromen

2.10.2Altersverteilung

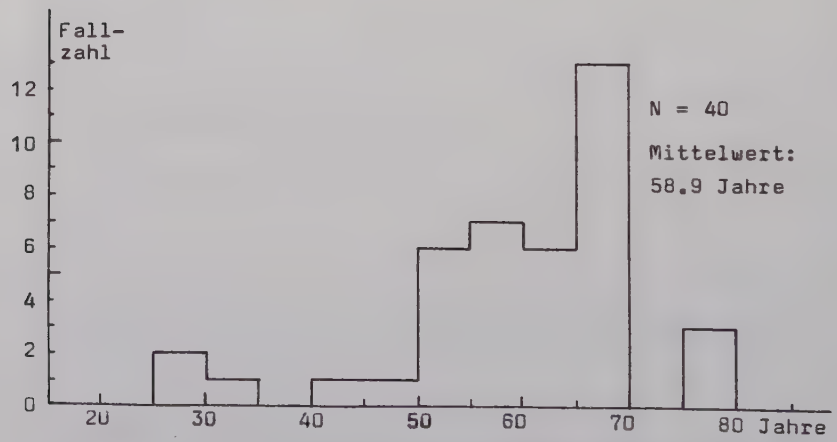


Abb. 2.10.2-1 : Altersverteilung bei Patienten mit paranoiden Syndromen

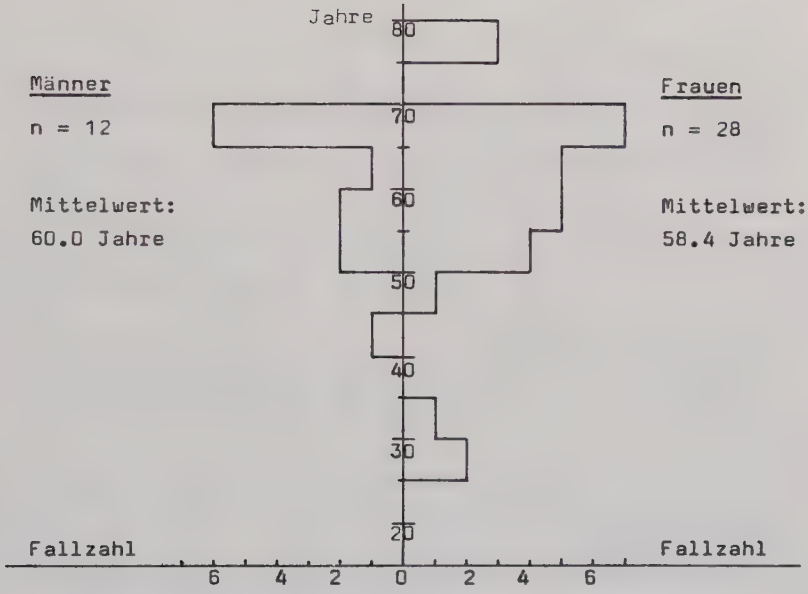


Abb. 2.10.2-2 : Altersverteilung bei Männern und Frauen mit paranoiden Syndromen

2.10.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik

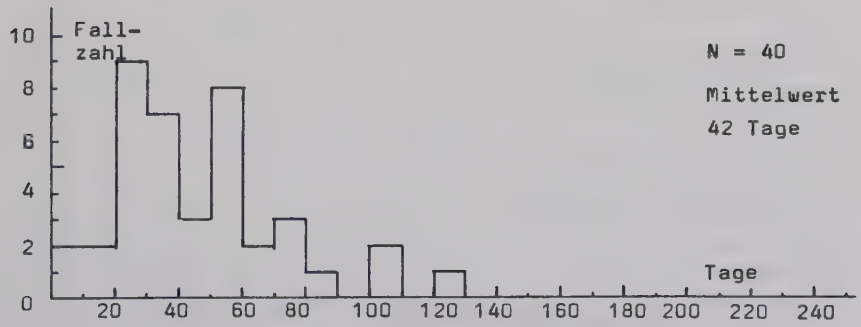


Abb. 2.10.3 : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten mit paranoiden Syndromen

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Geschlechtern getrennt betrug bei Männern 48 Tage, bei Frauen 39 Tage.

2.10.4 Symptomatik

Tab. 2.10.4 : Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit paranoiden Syndromen

N = 40

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Formale Denkstörungen					
eingeengt	16	40	4	10	2
Wahn					
Beeinträchtigungs-/ Verfolgungswahn	26	65	1	19	6
Wahnstimmung	22	55	8	11	3
Beziehungswahn	21	53	2	17	2
systematisiert. Wahn	19	48	4	11	4
Wahneinfall/ Wahngedanken	18	45	2	12	4
Wahnwahrnehmung	17	43	4	9	4
Sinnestäuschungen					
Stimmenhören[2)]	7	18	2	4	1
optische Halluzinat.	6	15	1	4	1
Körperhalluzinationen[2)]	6	15	1	4	1
Geruchs- und Geschmackshalluzinat.	6	15	4	0	2
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
mißtrauisch/ feindselig	21	53	9	6	6

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Störungen d. Trieb- u. Sozialverhaltens, Pflegebedürftigk.					
Mangel an Krankheitseinsicht	19	48	3	7	9
Mangel an Krankheitsgefühl[1)]	12	30	0	6	6
Suizidtendenzen[2)]	12	30	3	9	0
Nahrungsablehnung[1)]	4	10	1	0	3

1) Symptom tritt durchschnittlich häufig auf, ist aber deutlich stärker ausgeprägt

2) Ausnahme bezüglich der Auswahlkriterien

2.11 Diagnosegruppe 11: Andere nichtorganische Psychosen

Fallzahl: 27 Patienten

2.11.1Geschlechtsverteilung

	Fallzahl	%	Relation männl./weibl.
männlich	13	48	1 : 1.1
weiblich	14	52	
Summe	27	100	

Tab. 2.11.1 : Geschlechtsverteilung bei Patienten mit anderen nichtorganischen Psychosen

2.11.2Altersverteilung

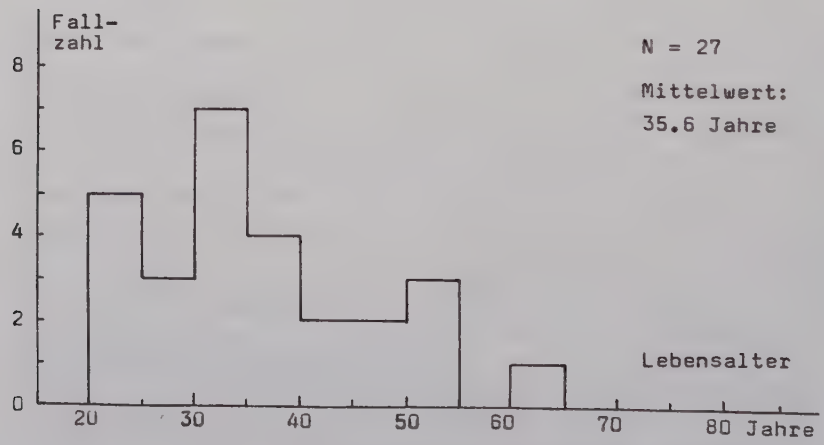


Abb. 2.11.2-1 : Altersverteilung bei Patienten mit anderen nichtorganischen Psychosen

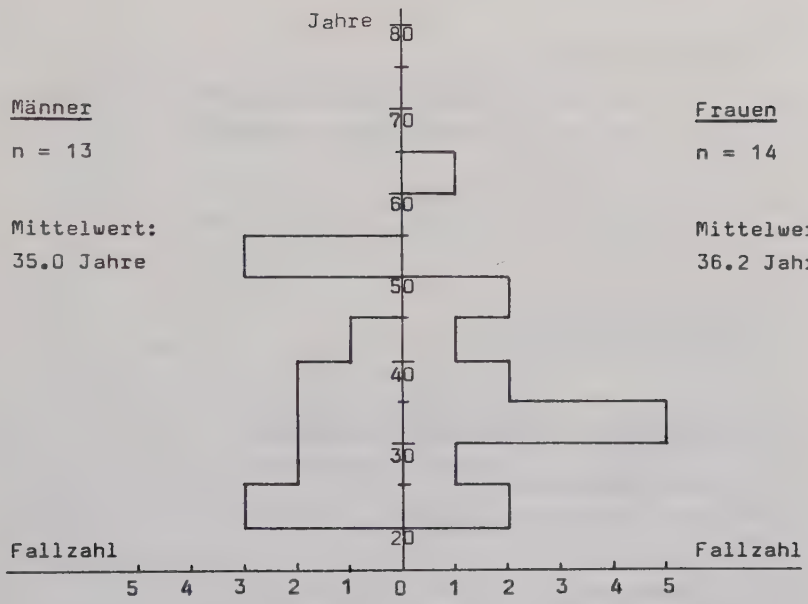


Abb. 2.11.2-2 : Altersverteilung bei Männern und Frauen mit anderen nichtorganischen Psychosen

2.11.3 Aufenthaltsdauer in der Klinik

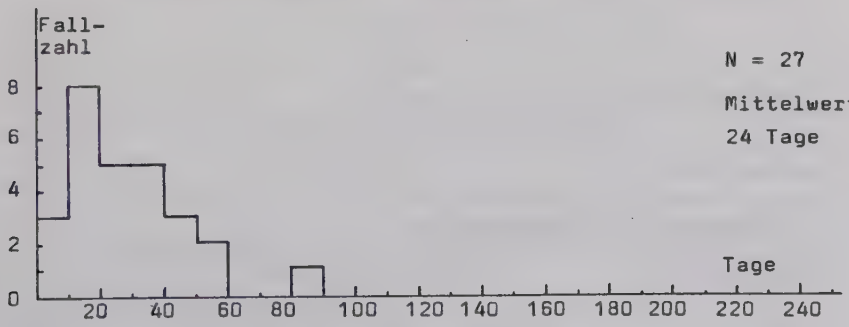


Abb. 2.11.3 : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei Patienten mit anderen nichtorganischen Psychosen

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Geschlechtern getrennt betrug bei Männern 28 Tage, bei Frauen 20 Tage.

2.11.4 Symptomatik

Tab. 2.11.4 : Symptome und deren Ausprägung bei Patienten mit anderen nichtorganischen Psychosen

N = 27

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Orientierungsstörungen					
situativ	6	22	2	4	0
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen					
Auffassungsstörungen	10	37	7	3	0
Wahn					
Beeinträchtigungs-/ Verfolgungs-Wahn	13	48	6	5	2
Beziehungswahn	10	37	3	6	1
Wahnstimmung[2]	8	30	0	7	1
Sinnestäuschungen					
optische Halluzinat.[1]	3	11	0	1	2
Ich- und Persönlichkeitsstörungen					
andere Entfremdungserlebnisse	6	22	2	3	1
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
ängstlich	16	59	6	7	3
ratlos	14	52	6	7	1
Vegetative Symptome					
" Kopfdruck " o. ä.	7	26	5	1	1

1) Symptom tritt durchschnittlich häufig auf, ist aber deutlich stärker ausgeprägt

2) Ausnahme bezüglich der Auswahlkriterien

0. Übersicht über die Diagnosegruppen

0.1 Einteilung in Diagnosegruppen

Tab. 0.1 : Einteilung der Diagnosen unter ICD Nr. 295 - 298 (nichtorganische Psychosen) in elf Diagnosegruppen

Gruppe Nr.	ICD Nr.	Diagnosen	Fallzahl abs.	Fallzahl %
1	295.1	Hebephrene Schizophrenie	49	5.3
2	295.2	Katatone Schizophrenie	28	3.1
3	295.3	Paranoide Schizophrenie	170	18.5
4	295.4	Akute schizophrene Episode	17	1.9
5	295.6	Schizophrene Rest- und Defektzustände	32	3.5
6	295.7	Schizoaffektive Psychose	153	16.7
7		Depressive affektive Psychosen	291	31.7
	296.0	Involutionsdepression		
	296.2	Depression im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose od. einer periodischen Depression		
	298.0	Reaktive depressive Psychose		
8	296.1	Manie im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose od. einer periodischen Manie	33	3.6
9	296.3	Zirkuläre Verlaufsform manisch-depress. Psychosen	67	7.3
10		Paranoide Syndrome	40	4.4
	297.0	Paranoia		
	297.1	Paranoide Psychose im Involutionsalter		
	297.9	Andere Wahnsyndrome		

Gruppe Nr.	ICD Nr.	Diagnosen	Fallzahl abs.	Fallzahl %
11		Andere nichtorganische Psychosen	27	2.9
	298.1	Reaktiver Erregungszustand		
	298.2	Reaktiver Verwirrtheitszustand		
	298.3	Akute paranoide Reaktion		
	298.9	Nicht näher bezeichnete reaktive Psychosen		
		Sonstige	10	1.1
		Summe	917	100.0

0.2 Geschlechterrelation

Tab.0.2 : Geschlechterrelation bei Patienten der untersuchten Diagnosegruppen. Reihenfolge von mehr bei Männern nach mehr bei Frauen auftretenden Diagnosegruppen.

Diagnosegruppe	Relation männl./weibl.	Fallzahl Männer	Frauen
1. Hebephrene Schizophrenie	2.8 : 1	36	13
2. Manie im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose oder einer periodischen Manie	1.1 : 1	17	16
3. Andere nichtorganische Psychosen	1 : 1.1	13	14
4. Schizophrene Rest- und Defektzustände	1 : 1.1	15	17
5. Katatone Schizophrenie	1 : 1.3	12	16
6. Paranoide Schizophrenie	1 : 1.4	70	100
7. Zirkuläre Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose	1 : 1.8	24	43
8. Depressive affektive Psychosen	1 : 2.3	87	204
9. Paranoide Syndrome	1 : 2.3	12	28
10. Akute schizophrene Episode	1 : 2.4	5	12
11. Schizoaffektive Psychose	1 : 2.7	41	112
Nichtoranische Psychosen gesamt	1 : 1.72	337	580

0.3 Durchschnittsalter

Tab.0.3 : Durchschnittsalter in zunehmender Reihenfolge bei Patienten der untersuchten Diagnosegruppen

Diagnosegruppe	Durchschnittsalter (in Jahren)		
	ges.	Männer	Frauen
1. Hebephrene Schizophrenie	24.5	24.7	24.2
2. Katatone Schizophrenie	27.7	26.8	28.4
3. Akute schizophrene Episode	29.5	27.2	30.5
4. Schizoaffektive Psychose	35.5	32.4	36.6
5. Andere nichtorganische Psychosen	35.6	35.0	36.2
6. Paranoide Schizophrenie	37.2	34.9	38.8
7. Manie im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose oder einer periodischen Manie	37.3	36.6	38.1
8. Zirkuläre Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose	43.6	43.3	43.7
9. Schizophrene Rest- und Defektzustände	44.8	40.7	48.4
10. Depressive affektive Psychosen	53.7	52.3	54.3
11. Paranoide Syndrome	58.9	60.0	58.4
Nichtorganische Psychosen gesamt	42.7	39.4	44.6

0.4 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik

Tab.0.4 : Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in zunehmender Reihenfolge bei Patienten der untersuchten Diagnosegruppen

Diagnosegruppe	Aufenthaltsdauer (in Tagen)		
	ges.	Männer	Frauen
1. Andere nichtorganische Psychosen	24	28	20
2. Akute schizophrene Episode	34	30	36
3. Manie im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose oder einer periodischen Manie	38	41	35
4. Zirkuläre Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose	41	37	42
5. Paranoide Syndrome	42	48	39
6. Schizoaffektive Psychose	46	44	47
7. Schizophrene Rest- und Defektzustände	47	48	46
8. Depressive affektive Psychosen	49	47	50
9. Paranoide Schizophrenie	50	46	53
10. Hebephrene Schizophrenie	55	58	47
11. Katatone Schizophrenie	75	55	90
Nichtorganische Psychosen gesamt	47.6	46.4	48.3

0.5 Symptomatik

Tab. 0.5 : Übersicht über die Häufigkeit von Symptomen bei Patienten der untersuchten Diagnosegruppen

1. Psychischer Befund

Angaben in % der Fälle

Symptom	Nichtorganische Psychosen ges.	Diagnosegruppe 1 Hebephrene Schizophr.	2 Katatone schizophr.	3 Paranoide Schizophr.	4 Akute sch. Episode	5 Schiz.Rest Def.Zust.	6 Schizoaff. Psychose	7 Depressive aff.Psych.	8 Manie	9 Zyklo-thymie	10 Paranoide Syndrome	11 andere nichtorg.
Bewußtseinsstörungen												
Bewußtseinstrübung	2	0	14	2	0	0	2	0	9	0	0	7
delirant	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	4
umdämmert	2	2	11	2	0	3	4	1	6	0	3	4
andere	1	0	0	2	6	0	2	0	0	0	0	0
Orientierungsstörungen												
zeitlich	8	4	21	8	35	0	8	5	15	4	10	15

Symptom	Nichtorganische Psychosen ges.	Diagnosegruppe 1 Hebephrene Schizophr.	2 Katatone Schizophr.	3 Paranoide Schizophr.	4 Akute sch. Episode	5 Schiz.Rest Def.Zust.	6 Schizoaff. Psychose	7 Depressive aff.Psych.	8 Manie	9 Zyklothymie	10 Paranoide Syndrome	11 andere nichtorg.
örtlich	5	4	14	6	18	0	5	3	12	6	5	15
situativ	7	2	14	8	24	3	10	4	12	6	5	22
über die eigene Person	3	2	7	3	6	6	3	1	6	0	5	4
andere	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	3	0
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen												
Auffassungsstörungen	22	33	21	31	24	25	30	13	21	12	15	37
Konzentrationsstörungen	53	82	54	57	59	34	59	49	61	46	38	41
Merkfähigkeitsstörungen	28	20	21	26	24	22	31	35	27	24	23	11
Gedächtnisstörungen	16	10	14	11	18	16	16	20	12	16	20	11
Konfabulationen	4	2	7	8	6	6	1	1	6	10	0	4
andere	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Symptom	Nichtorganische Psychosen ges.	Diagnosegruppe 1 Hebephrene Schizophr.	2 Katatone Schizophr.	3 Paranoide Schizophr.	4 Akute sch. Episode	5 Schiz.Rest Def.Zust.	6 Schizoaff. Psychose	7 Depressive aff.Psych.	8 Manie	9 Zyklothymie	10 Paranoide Syndrome	11 andere nichtorg.
Formale Denkstörungen												
gehemmt	18	20	36	16	6	13	20	23	3	4	15	11
gesperrt	8	6	29	15	24	6	10	3	0	1	10	15
verlangsamt	30	31	32	22	24	41	30	38	3	33	30	22
eingeengt	29	33	25	39	24	44	22	29	12	19	40	26
umständlich	17	35	18	19	29	34	16	11	9	22	10	22
perseverierend	9	2	11	11	18	6	10	8	9	7	3	15
beschleunigt/ideenflüchtig	20	20	14	17	24	19	34	3	85	45	8	11
Vorbeireden	20	35	29	23	59	41	39	3	30	18	10	15
inkohärent/zerfahren	27	43	36	42	47	31	47	3	48	30	8	22
Gedankenabreißen	12	20	18	19	29	13	18	2	9	12	8	11
andere	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0

Symptom	Nichtorganische Psychosen ges.	Diagnosegruppe 1 Hebephrene Schizophr.	2 Katatone Schizophr.	3 Paranoide Schizophr.	4 Akute sch. Episode	5 Schiz.Rest Def.Zust.	6 Schizoaff. Psychose	7 Depressive aff.Psych.	8 Manie	9 Zyklothymie	10 Paranoide Syndrome	11 andere nichtorg.
Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien												
Hypochondrie (n. wahnhaft)	9	12	4	5	0	9	3	17	6	4	8	11
überwertige Ideen	11	8	21	13	29	9	17	5	18	13	5	19
Zwangsdenken	5	6	7	4	12	9	6	6	0	3	3	4
Zwangsimpulse	2	6	4	4	0	3	1	1	0	3	8	4
Zwangshandlungen	2	2	4	2	12	3	1	1	3	0	0	0
Phobien	3	2	0	3	0	3	3	1	0	0	0	7
Wahn												
Wahnstimmung	30	31	36	61	76	25	42	7	6	9	55	30
Wahnwahrnehmung	18	16	14	40	53	19	22	1	6	3	43	26
Wahneinfall/Wahngedanken	26	37	21	49	47	28	39	5	12	10	45	30
Wahndynamik	22	35	29	46	59	31	27	3	9	7	25	22

Symptom	Nichtorganische Psychosen ges.	Diagnosegruppe										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Hebephrene Schizophr.	Katatone Schizophr.	Paranoide Schizophr.	Akute sch. Episode	Schiz.Rest Def.Zust.	Schizoaff. Psychose	Depressive aff.Psych.	Manie	Zyklo-thymie	Paranoide Syndrome	andere nichtorg.
systematisierter Wahn	13	10	18	36	24	28	9	1	0	0	48	11
Schuldwahn	6	4	7	5	0	0	4	11	0	1	5	7
hypochondrischer Wahn	5	6	11	9	0	13	3	4	0	0	10	0
Verarmungswahn	3	0	0	2	6	0	1	7	0	0	8	0
Größenwahn	6	0	11	12	6	6	10	0	18	3	3	7
Beziehungswahn	22	29	21	40	71	34	31	3	6	6	53	37
Beeinträchtigungs-/ Verfolgungs-Wahn	26	37	21	56	53	31	29	3	3	9	65	48
Eifersuchtswahn	1	2	0	5	0	3	0	0	0	0	0	4
anderer Wahn	3	0	0	5	18	3	5	1	0	0	0	0
Sinnestäuschungen												
Illusionen	3	2	11	5	24	0	5	0	3	0	8	7
Stimmenhören	14	16	11	38	18	25	16	1	0	4	18	7

Symptom	Nichtorganische Psychosen ges.	Diagnosegruppe										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Hebephrene Schizophr.	Katatone Schizophr.	Paranoide Schizophr.	Akute sch. Episode	Schiz.Rest Def.Zust.	Schizoaff. Psychose	Depressive aff.Psych.	Manie	Zyklo-thymie	Paranoide Syndrome	andere nichtorg.
andere akust. Halluzinat.	5	4	11	11	0	19	4	0	0	1	8	7
optische Halluzinationen	4	8	0	12	6	0	3	0	0	0	15	11
Körperhalluzinationen	6	12	7	14	12	16	3	1	0	0	15	0
Geruchs- u. Geschmackshall.	2	0	0	6	0	0	3	0	0	0	15	0
andere Störungen	1	0	0	1	0	6	0	0	3	0	0	0
Ich- u. Persönlichkeitsstör.												
Stör. der Ichidentität	12	24	21	24	41	13	15	2	3	0	8	7
andere Entfremdungserlebn.	6	12	4	9	12	6	10	2	0	1	3	22
Autismus	9	35	25	16	6	13	7	2	0	0	8	4
Gedankenausbreitung	5	8	4	12	24	19	6	0	0	0	5	7
Gedankenentzug	3	6	4	11	6	3	2	0	0	0	3	4
Gedankeneingebung	7	10	18	17	6	22	8	0	0	0	5	4

Symptom	Nichtorganische Psychosen ges.	Diagnosegruppe 1 Hebephrene Schizophr.	2 Katatone Schizophr.	3 Paranoide Schizophr.	4 Akute sch. Episode	5 Schiz.Rest Def.Zust.	6 Schizoaff. Psychose	7 Depressive aff.Psych.	8 Manie	9 Zyklo-thymie	10 Paranoide Syndrome	11 andere nichtorg.
sonst. Fremdbeeinfl.erlebn.	9	12	14	20	18	19	10	0	3	3	8	15
andere	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Verstimmungen, Gefühlsstör.												
ratlos	42	31	25	42	59	22	56	41	15	34	43	52
gefühlsverarmt/affektarm	16	24	32	15	12	47	10	19	3	12	5	4
Gefühl d. Gefühllosigkeit	9	4	0	3	0	0	9	18	0	12	5	4
Störung der Vitalgefühle	30	16	4	14	0	28	20	58	6	31	25	15
deprimiert/traurig	52	18	29	32	12	47	45	86	6	52	45	30
hoffnungslos/verzweifelt	32	12	11	25	12	25	20	57	3	24	23	22
ängstlich	49	31	32	41	59	22	55	65	6	30	55	59
gehoben/euphorisch	16	12	25	15	18	6	30	1	79	39	3	11
mürrisch gereizt/dysphor.	19	35	7	29	41	19	18	10	24	27	10	22
mißtrauisch/feindselig	24	41	36	37	41	25	17	14	15	16	53	33

Symptom	Nichtorganische Psychosen ges.	Diagnosegruppe										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Hebephrene Schizophr.	Katatone Schizophr.	Paranoide Schizophr.	Akute sch. Episode	Schiz.Rest Def.Zust.	Schizoaff. Psychose	Depressive aff.Psych.	Manie	Zyklo-thymie	Paranoide Syndrome	andere nichtorg.
gespannt	34	43	43	39	71	38	35	24	27	34	38	30
innerlich unruhig	58	43	29	58	47	44	59	65	61	60	60	48
klagsam/jammerig	17	10	18	5	6	22	7	34	0	18	5	0
läppisch	5	16	18	6	12	3	5	1	9	13	0	0
ekstatisch-verzückt	4	4	7	5	12	0	10	0	12	0	0	4
Insuffizienzgefühl	31	18	11	12	18	16	24	58	3	31	18	19
gesteig. Selbstwertgefühl	9	8	11	9	0	6	12	0	55	27	5	4
Schuldgefühl	19	4	4	5	12	6	13	40	3	19	8	11
Verarmungsgefühl	6	0	4	1	6	0	2	13	0	1	10	0
ambivalent	14	18	11	20	18	9	16	10	3	21	5	19
affektiv inadäquat	21	45	21	35	35	28	31	5	9	16	13	19
affektlabil	12	6	11	7	12	13	20	11	24	9	8	11
affektinkontinent	6	6	4	5	6	3	4	6	3	10	5	11

Symptom	Nichtorganische Psychosen ges.	Diagnosegruppe										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Hebephrene Schizophr.	Katatone Schizophr.	Paranoide Schizophr.	Akute sch. Episode	Schiz.Rest Def.Zust.	Schizoaff. Psychose	Depressive aff.Psych.	Manie	Zyklothymie	Paranoide Syndrome	andere nichtorg.
affektstarr	19	24	21	21	0	41	14	21	0	18	15	15
andere Störungen	0	2	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0
Psychomotorische Störungen												
antriebsarm	38	49	29	35	0	56	29	54	3	22	30	22
antriebsgehemmt	18	6	4	11	12	16	12	34	0	12	8	11
stuporös	6	2	39	5	0	0	10	4	0	0	5	4
mutistisch	9	10	46	9	18	0	13	6	0	3	5	11
antriebsgesteigert	26	14	29	24	24	6	44	10	73	52	20	30
motorisch unruhig	33	33	39	35	53	13	46	21	64	46	23	19
Parakinesen/Stereotypien	6	20	29	8	0	13	3	3	0	1	5	11
negativistisch	5	10	21	5	12	6	7	4	0	4	3	4
maniriert	7	16	4	15	6	16	4	3	3	6	5	7
Sprachzerfall/Neologismen	2	4	4	4	0	3	1	0	3	4	0	0

Symptom	Nichtorganische Psychosen ges.	Diagnosegruppe										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Hebephrene Schizophr.	Katatone Schizophr.	Paranoide Schizophr.	Akute sch. Episode	Schiz.Rest Def.Zust.	Schizoaff. Psychose	Depressive aff.Psych.	Manie	Zyklo-thymie	Paranoide Syndrome	andere nichtorg.
logorrhoisch	12	8	7	14	12	6	16	3	30	30	10	15
andere Störungen	1	0	4	1	0	0	0	2	0	0	3	0
Verlaufsbesonderheiten												
abends besser	22	0	0	1	0	3	15	56	0	22	5	0
morgens besser	2	0	0	0	0	3	1	3	0	4	3	4
nächtl. Exazerbationen	2	0	0	2	0	3	2	1	3	3	0	4
andere Verlaufsbesonderh.	1	4	0	1	0	0	1	0	3	0	0	0
Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit												
Kontakt vermindert	48	65	54	58	47	50	40	52	18	33	48	33
Kontakt vermehrt	7	2	4	4	6	0	15	1	42	15	3	0
Krankheitsgefühl	44	31	36	34	12	44	37	63	27	48	25	22

Symptom	Nichtorganische Psychosen ges.	Diagnosegruppe										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Hebephrene Schizophr.	Katatone Schizophr.	Paranoide Schizophr.	Akute sch. Episode	Schiz.Rest Def.Zust.	Schizoaff. Psychose	Depressive aff.psych.	Manie	Zyklothymie	Paranoide Syndrome	andere nichtorg.
Mangel an Krankheitsgefühl	24	49	18	41	47	31	24	5	48	27	30	15
Mangel an Krankheitseinsicht	35	55	43	58	41	44	35	15	58	27	48	33
Ablehnung der Behandlung	17	27	11	29	29	19	17	7	21	15	25	22
Suizidtendenzen	21	14	4	11	6	9	16	39	3	15	30	11
Suizidhandlungen	5	2	0	6	6	0	3	8	3	7	5	4
Selbstbeschädigungs(tend.)	2	2	0	2	6	0	3	1	0	0	0	0
Aggressionstendenzen	11	24	14	16	24	16	11	2	30	22	0	7
Aggressionshandlungen	5	8	4	8	12	9	6	0	9	9	3	4
Sexualität gesteigert	3	8	4	2	0	3	6	0	24	3	0	7
Sexualität vermindert	15	20	7	15	6	31	10	20	3	9	8	4
sex. Triebabweichungen	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nahrungsablehnung	5	4	14	2	12	9	1	8	0	4	10	0
ißt nicht selbständig	1	0	11	0	0	0	1	2	0	0	0	0

Symptom	Nichtorganische Psychosen ges.	Diagnosegruppe 1 Hebephrene Schizophr.	2 Katatone Schizophr.	3 Paranoide Schizophr.	4 Akute sch. Episode	5 Schiz.Rest Def.Zust.	6 Schizoaff. Psychose	7 Depressive aff.Psych.	8 Manie	9 Zyklothymie	10 Paranoide Syndrome	11 andere nichtorg.
unselbst. in Körperpflege	2	0	11	3	0	0	1	2	0	1	5	0
läßt unter sich	1	0	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Beschäftigung erschwert	17	10	11	21	0	19	21	18	9	13	15	11
bettlägerig	2	0	14	1	6	6	1	2	0	0	0	0
andere Störungen	0	0	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0
2. Somatischer Befund												
Schlafstörungen												
Einschlafstörung	56	41	18	45	24	38	67	71	64	66	33	44
Durchschlafstörung	63	41	18	46	29	50	78	79	67	63	55	48
Verkürzung der Schlafdauer	35	18	18	24	29	25	40	40	64	46	28	30
Einschlafneigung am Tage	5	10	4	4	0	3	5	6	6	4	3	7
Müdigkeit	17	14	7	9	6	13	12	29	3	16	15	22

Symptom	Nichtorganische Psychosen ges.	Diagnosegruppe 1 Hebephrene Schizophr.	2 Katatone Schizophr.	3 Paranoide Schizophr.	4 Akute sch. Episode	5 Schiz.Rest Def.Zust.	6 Schizoaff. Psychose	7 Depressive aff.Psych.	8 Manie	9 Zyklothymie	10 Paranoide Syndrome	11 andere nichtorg.
Appetenzstörungen												
Appetit vermindert	45	24	36	33	18	31	40	67	15	48	40	33
Appetit vermehrt	4	14	0	2	0	0	10	2	3	6	3	0
Durst vermehrt	4	2	0	6	12	0	4	3	18	4	3	4
Vegetative Symptome												
Mundtrockenheit	11	10	4	4	6	13	7	22	0	10	8	0
Übelkeit	6	0	4	5	0	0	3	11	3	7	5	7
Obstipation	15	8	4	8	0	16	10	27	3	19	18	4
Hitzegefühl	7	2	0	5	6	3	5	11	0	15	5	15
Schwitzen	14	10	14	11	6	9	11	23	3	9	8	22
" Kopfdruck " o. ä.	15	18	11	12	0	13	10	21	6	18	5	26
Herzsensationen	10	14	4	6	18	9	4	16	9	9	10	7
Schwindel	9	14	0	5	6	13	2	15	3	10	13	7

Symptom	Nichtorganische Psychosen ges.	Diagnosegruppe										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Hebephrene Schizophr.	Katatone Schizophr.	Paranoide Schizophr.	Akute sch. Episode	Schiz.Rest Def.Zust.	Schizoaff. Psychose	Depressive aff.Psych.	Manie	Zyklothymie	Paranoide Syndrome	andere nichtorg.
Weitere körperliche Sympt.												
andere	8	10	7	5	12	6	9	8	3	21	8	4
Neurologische Symptome												
Muskeltonus erhöht	3	0	0	2	0	16	1	5	0	3	0	0
feinschlägiger Tremor	6	2	4	4	6	9	7	6	3	12	5	0

Teil 7

Literaturverzeichnis

7. Literaturverzeichnis

1 American Psychiatric Association:
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition), American Psychiatric Association, Washington D.C. 1980

2 Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie:
Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, 2. Auflage, Springer Verlag, Berlin - Heidelberg - New York 1972

3 Burdock, E. I., Hardesty, A. S.:
Structured clinical interview. New York: Springer 1968

4 Cooper, J.E., Kendell, R. E., Gurland, B. J., Sharpe, L., Copeland, J. R. M., Simon, R. J.:
Psychiatric diagnosis in New York and London: A comparative study of mental hospital admissions (Maudsley Monograph No. 20). London: Oxford University Press, 1972.

5 Dietz H.:
Psychopathologische Symptomatik der organischen Psychosen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Suchtkrankheiten und Oliophrenien. Eine Untersuchung an 830 im Jahre 1978 in der Psychiatrischen Klinik der Universität München behandelten Patienten, München 1983 (im Druck).

6 Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R. A., Winokur, G., Munoz, R.:
Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Archives of General Psychiatry, 1972, 26, 57 - 63.

7 Fleiss, J. L., Zubin, J.:
On the methods and theory of clustering. Multivariate Behavioral Research, 1969, 4, 235 - 250.

8 Greer, H. S., Cawley, R.H.:
Natural History and Neurotic Illness, Austral. Med. Publ. Co., New South Wales, 153 pp., 1966.

9 Hempel, C. G.:
Introduction to problems of taxonomy. In: Field Studies in the Mental Disorders, 3-22 (Zubin, J. Ed., Grune & Stratton, New York, 495 pp., 1961)

10 Jaspers, K.:
Allgemeine Psychopathologie, 3. Auflage, Springer-Verlag, Berlin 1923

11 Kanfer, F. H., Saslow, G.:
Behavioral diagnosis. In C. M. Franks (Ed.): Behavior therapy: Appraisal and status. New York: McGraw-Hill, 1969.

12 Kendell, R. E.:
Diagnosis and Classification. In: Companion to Psychiatric Studies, third edition (Kendell, R. E. and Zeally, A. K., Eds., Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne and New York: 1983, pp 205 - 222)

13 Kessel, N., Shepherd, M.:
Neurosis in hospital and general practice. J. Ment. Sci., 108, 159 - 66 (1062)

14 Lorr, M.:
Classification of the behavior disorders. Ann. Rev. Psychol., 12, 195 - 216, (1961)

15 Lorr, M., Klett, C. J., McNair, D. M.,:
Syndromes of Psychosis (Macmillan, New York, 286 pp., 1963)

16 Moore, T. V.:
The essential psychosis and their fundamental syndromes. In: Studies in Psychology and Psychiatry, III, No. 3 (Williams & Wilkins, Baltimore, Md., 128 pp., 1933)

17 Norris, V.:
Mental Illness in London (Maudley Monogr. No. 6, Chapman & Hall, London, 317 pp., 1959)

18 Salzinger, K., Portnoy, S., Feldman, R. S.:
Verbal behavior in schizophrenics and some comments toward a theory of schizophrenia. In: Psychopathology of Schizophrenia, 98 - 128 (Hoch, P., and Zubin, J., Eds., Grune & Stratton, New York, 582 pp., 1966)

19 Shagass, C. A.:
A neurophysiological approach to perceptual psychopathology. In: Psychopathology of Perception, 41 - 61 (Hoch, P. H., and Zubin, J. Eds., Grunde & Stratton, New York, 336 pp., 1965)

20 Shepherd, M., Gruenberg, E. M.:
The age for neurosis. Milbank Memorial Fund Quart., 35, 258 - 65 (1957)

21 Spitzer, R. L., Burdock, E. I., Hardesty, A. S.:
Mental Status Schedule. New York: Biometrics Research Unit, New York State Psychiatric Institute, 1964

22 Spitzer, R. L., Endicott, J., Fleiss, J. L., Cohen, J.: The psychiatric status schedule, Archives of General Psychiatry, 1970, 23, 41 - 55

23 Star, S. A.:
The screening of psychoneurotics: comparison of psychiatric diagnoses and test scores at all induction stations. In: Measurement and Prediction. Studies in Social Psychology in World War II, 4, 548 - 67 (Stouffer, S. A., et al., Princeton Univ. Press, Princeton, N. J., 756 pp., 1950)

24 Stockings, G. T.:
Schizophrenia in military psychiatric practice. J. Ment. Sci., 91, 110 - 12 (1945)

25 Wing, J. K., Birley, J. L. T., Cooper, J. E., Graham, P., Isaacs, A. D.:
Reliability of procedure for measuring and classifying present psychiatric state. Britsh Journal of Psychiatry, 113, 1967, 499

26 Wing, J. K., Cooper, J. E., Sartorius, N.:
The measurement and classification of psychiatric symptoms. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1974.

27 Wing, J., Nixon, J. :
Discriminating symptoms in schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 1975, 32, 853 - 859.

28 World Health Organization:
Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten (International Classification of Diagnoses ICD), 3. Auflage (8. Revision der ICD), Springer Verlag, Berlin - Heidelberg - New York, 1973

29 World Health Organization:
Report of the international pilot study of schizophrenia, Vol. I. Genf: WHO, 1973.

30 Zubin, J., Sutton, S., Salzinger, K., Salzinger, S., Burdock, E. I., Peretz, D. A.:
A biometric approach to prognosis in schizophrenia. In: Comparative Epidemiology in the Mental Disorders, 143 - 203 (Hoch, P. H., and Zubin, J., Eds., Grunde & Stratton, New York, 290 pp., 1961)

31 Zubin, J., Eron, L. D., Schumer, F.:
An Experimental Approach to Projective Techniques (Wiley, New York, 645 pp., 1965)

32 Zubin, J.:
Psychopathology and the social sciences. In: O. Klineberg & R. Christie (Eds.), Perspectives in social psychology. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1965

33 Zubin, J.:
Clinical, Phenomenological, and Biometric Assessment of Psychopathology (Presented at Symp. on Definition and Measurement of Mental Health, sponsored by Nat. Cent. Hlth. Stat., USPHS., Washington, April 1966)

34 Zubin, J.:
Classification of the Behavior Disorders, Annual Review of Psychology, Vol. 18, 373 - 406, 1967.

35 Zubin, J.:
Scientific models for psychopathology in the 70s. Seminars in Psychiatry, 1972, 4, 283 - 296.

36 Gurland, Spitzer und Endicott, zitiert in:
Zubin, J., Salzinger, K., Fleiss, J. et al.:
Biometric approach to psychopathology: Abnormal and clinical psychology-statistical, epidemiological, and diagnostic approaches. Annual Review of Psychology, 1975, 26, 671

37 Zubin, J.:
Role of vulnerability in the etiology of schizophrenic episodes. In: L.J. West & D.E. Flinn (Eds.), Treatment of schizophrenia: Progress and prospects New York: Grune & Stratton, 1976, pp. 5 - 43

38 Zubin, J.:
Research in Clinical Diagnosis. In: Wolman, B.B. (Ed.), Clinical Diagnosis of Mental Disorders, Plenum Press, New York and London, 1977

39 Zubin, J., Spring, B.:
Vulnerability - A new view of schizophrenia.
Journal of Abnormal Psychology, 1977, 86,
103 - 126

Herrn Prof. Dr. med. H. Hippius danke ich für die wohlwollende Überlassung des Themas und die Übernahme des Referates.

Herrn Dr. med. A. Strauß danke ich für die Betreuung bei der Durchführung der Arbeit.

Herrn Dipl.-Math. J. Scherer danke ich für die statistische Beratung und die Durchführung der rechnerunterstützten Datenauswertung

Frl. Gerda Rettermayer danke ich für die Ausführung der schriftlichen Arbeiten.

Lebenslauf

Am 22.01.1957 wurde ich als Sohn des Regierungshauptsekretärs a. D. Paul Engelhardt und seiner Ehefrau Else Engelhardt, geb. Walz, in Aichach geboren.

Vom September 1963 an besuchte ich vier Jahre die Volksschule in Pfaffenhofen a.d. Ilm, anschließend neun Jahre das Schyrengymnasium in Pfaffenhofen a.d. Ilm (mathematisch-naturwissenschaftlicher Zweig), wo ich 1976 das Abitur ablegte.

Im Wintersemester 1976/77 begann ich mein Medizinstudium, das ausschließlich an der Ludwig Maximilians-Universität in München erfolgte.
Den letzten Teil der ärztlichen Prüfung legte ich im Oktober 1982 in München ab.

Von Dezember 1982 bis Dezember 1983 war ich als Assistenzarzt an der chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Geisenfeld tätig.
Seit Januar 1984 bin ich Assistenzarzt an der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Pfaffenhofen a.d. Ilm.